

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTOS SOBRE LOS REGISTROS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA
RELACIONADO CON LA APLICACION POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA
QUE LABORA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA OQUELI Y PEDIATRIA DEL
HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL DR JUAN JOSE FERNANDEZ EN EL
PERIODO DE DICIEMBRE 2017 A FEBRERO 2018.**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO POR:

KATHERINE ABIGAIL RIVERA MORENO

NELLY JANETH VISCARRA ARMERO

JAIME ALBERTO CANJURA HERNANDEZ

PARA OPTAR AL GRADO DE:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

DOCENTE ASESOR

LIC. AURA MARINA MIRANDA DE ARCE

CIUDAD UNIVERSITARIA 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2018, SAN SALVADOR

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES VIGENTES

Maestro Roger Armando Arias Alvarado

Rector

Dr. Manuel de Jesús Joya Ábrego

Vice rector Académico

Ing. Nelson Bernabé Granados

Vice rector Administrativo

Lic. Cristóbal Hernán Ríos Benítez

Secretario General

Doctora Maritza Mercedes Bonilla

Decana de Facultad de Medicina

Msp. Dalide Lastenia Ramos de Linares

Directora de Escuela de Tecnología Médica

Msc. Roxana Guadalupe Castillo Melara

Directora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería

PROCESO DE GRADO APROBADO POR:

Licda. Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán.
Coordinadora de Proceso de Grado

Licda. Aura Marina Miranda de Arce
Docente Asesora

TRIBUNAL CALIFICADOR.

Licda. Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán.

Licda. Aura Marina Miranda de Arce

Licda. Sonia Margarita Siciliano de Serpas

AGRADECIMIENTOS

Ante toda adversidad, Dios cuida los deseos del corazón y guía con seguridad los pasos de quien ama hacia la felicidad, aún en su silencio guarda en el hueco de su mano lo que tiene preparado para ti, sin importar tiempo, obstáculos y faltas. Agradezco a Dios por permitirme cumplir un sueño, darme la fortaleza y perseverancia para lograrlo, esperando que siga guiando mis pasos, para convertirme en un instrumento digno de él.

A mi padre Pablo Edgardo Rivera y mi madre Ana Gloria Moreno por apoyarme incondicionalmente, les doy gracias, por su amor y paciencia, ya que sin ellos este logro no hubiera sido posible, deuda que nunca será capaz de compensar completamente.

A mis hermanos Cesar y Geovanny Rivera por esa fraterna compañía, que me dio el ánimo para seguir y culminar mi carrera universitaria.

A mi mejor amiga Sandra Ventura por escuchar y compartir desde niñas momentos especiales, de jugar muñecas en nuestra infancia, a platicar sobre avances y asesorías del trabajo de graduación.

A mis amigas Deisy Cortez, Crisia Pinto y Nely Benavides que se convirtieron en personas muy especiales durante el desarrollo de la carrera, gracias por hacer memorable todo ese tiempo en la Universidad.

A mis compañeros de tesis que ante el tiempo y dificultades, logramos forjar lazos de unidad y confianza que nos permitió culminar este reto.

A todas las docentes y tutoras que aportaron un granito de su sabiduría y conocimiento durante toda mi formación, volviéndose ejemplos a seguir.

Katherine Abigail Rivera Moreno

Agradecer primeramente a Dios por permitirme culminar mi carrera, brindándome las herramientas y la sabiduría necesaria que guio mi camino.

A mis padres José Amadeo Viscarra y Ana Haydee Armero quienes han sido indispensables en mi vida, brindándome el apoyo emocional y económico a lo largo de mi formación personal y académica. Sin duda este triunfo sin ellos no hubiera sido posible por eso y más les estaré eternamente agradecida.

A mi gran amigo y esposo Jonathan Berrios, quien desde que llego a mi vida me brinda su apoyo incondicional, gracias por las palabras y los ánimos brindados en los momentos que más los necesite.

A mis compañeros de tesis, quienes fueron indispensables para el desarrollo de este trabajo, gracias por su apoyo, comprensión, amistad y esfuerzo mostrado.

A mis amigos y familiares que siempre estuvieron presentes cuando los necesite: Armando Ordoñez, Jessica Díaz, Xavier Sosa, Evelyn Salinas, Enrique Menjívar, Lorena López, Karina Rubio y Marlene Cubias.

A los docentes y tutores clínicos que fueron parte de mi formación profesional.

Nelly Janeth Viscarra Armero.

En primer lugar le doy toda la gloria y la honra a Dios, que me a dado la oportunidad de superarme, por darme la fortaleza y perseverancia en los momentos y circunstancias adversas, por ayudarme a adquirir nuevos conocimientos, darme salud y muchas bendiciones en el trayecto de mi vida las cuales me han permitido culminar mi carrera.

Gracias a mi esposa Helen Bessi Duran de Canjura, por ser mi gran apoyo en todos los momentos de mi formación académica, por su comprensión y fuerza que me impulso día a día a trabajar y esforzarme arduamente para alcanzar mi sueño de ser profesional.

Gracias a mis padres Jaime Alberto Canjura Ramírez y Lilian Haydee Hernández de Canjura, por haberme brindado su apoyo incondicional, me dieron ánimos y consejos cuando los necesite, han sido un bastión importante que me han infundado su fe para poder alcanzar mis objetivos, por lo cual espero retribuir todo lo que han hecho por mí.

Gracias a mis compañeras de tesis que han sido muy importantes ya que nos hemos podido entender, comprender y dar apoyo, por su amistad incondicional en los momentos de dificultades y también de alegría.

Gracias a las docentes Licda. Aura Marina Miranda de Arce que fue nuestro apoyo en todo el proceso de grado, quien nos asesoró y ayudo en todo momento para lograr culminar nuestro trabajo. Licda. Elsy Beatriz de Guzmán quien estuvo pendiente de nuestro trabajo ayudándonos a resolver nuestras dudas, dándonos ánimos para seguir adelante y apoyarnos en todo lo que necesitábamos.

Jaime Alberto Canjura Hernández

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	vi
CAPITULO I.	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Antecedentes del Problema.....	9
1.2 Situación Problemática.....	15
1.3 Problema de Investigación.....	17
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	17
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.5.1 Objetivo General:.....	19
1.5.2 Objetivos Específicos:.....	20
CAPITULO II.	
2. MARCO TEORICO	
2.1 Conocimiento.....	21
2.1.1 Teoría de enfermería de la fundamentación de los Registros.....	22
2.2 Aplicación en la práctica de una enfermera.....	24
2.2.1 Definición de registros de enfermería.....	26
2.2.2 Consideraciones a tener en cuenta al realizar el registro.....	26
2.3 Expediente clínico.....	27
2.4 Elementos del expediente clínico que registra enfermería.....	28
2.4.1 Hoja de signos vitales.....	28
2.4.2 Hoja de indicaciones médicas.....	29
2.4.3 Notas de enfermería.....	30
2.5 Características de las notas de enfermería.....	30
2.6 Utilidad de las notas de enfermería.....	32
2.7 Clasificación y tipos de nota de enfermería.....	32
2.8 Infracciones relacionadas con las notas de enfermería.....	34
2.9 Sanciones según la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud.....	35
2.10 Artículos del código penal relacionados al estudio.....	35

CAPITULO III.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 Hipótesis General.....	37
3.2 Hipótesis Específicas	37
3.3 Esquema de relación de variables	38
3.4 Operacionalización de variables	39

CAPITULO IV.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 Tipo de estudio.....	49
4.2 Area de estudio.....	49
4.3 Universo, Población y Muestra.....	50
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	51
4.5 Métodos técnicas e instrumentos.....	52
4.6 Procesamiento.....	54
4.7 Aspectos éticos de la investigación.....	61

CAPITULO V.

5. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 Presentación de resultados	63
5.2 Comprobación de Hipótesis.....	84
5.3 Análisis General de Resultados.....	96

CAPITULO VI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones	99
6.2 Recomendaciones	100
6.3 Propuesta de intervención.....	101

ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS..... 115

Fuentes de información.....	115
Presupuesto	119
Cronograma de actividades.....	120

ANEXOS.

- N°1. Listas de chequeo de auditoria de expediente clínico y nota de enfermería
- N°2. Hoja de signos vitales.
- N°3. Hoja de indicaciones médicas.
- N°4. Hoja de nota de enfermería.
- N°5. Cuestionario dirigido al personal de enfermería que labora en el servicio de Cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández sobre los conocimientos que poseen en relación a los registros del cuidado.
- N°6. Guía de revisión documental para la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en el servicio de Cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández.
- N°7. Hoja de control de signos vitales.
- N°8. Consentimiento informado.
- N°9. Definición de términos básicos

INTRODUCCIÓN.

Los registros de Enfermería, según el Código de Salud de El Salvador, son los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica del usuario, así como una descripción cronológica de la situación, evolución y seguimiento del estado de Salud, intervenciones y acciones para la promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda al individuo, a la familia y a la comunidad.

Los registros de enfermería son de suma importancia debido a que son un respaldo en situaciones legales, describen el trabajo realizado con el fin de apoyar la continuidad del cuidado y la calidad de éste, también porque sirve como fuente primaria de información entre los profesionales que integran el equipo de salud.

El presente estudio tuvo como propósito determinar los conocimientos que el personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández tiene acerca de los registros sobre el cuidado de enfermería y como estos son aplicados en el área operativa, en cuanto a la elaboración completa y correcta, entre ellos: el registro en la hoja de signos vitales, hoja de indicaciones médicas, y hoja de notas de enfermería.

La fundamentación teórica del conocimiento se basó en la teoría de Patricia Benner e Immanuel Kant, la variable aplicación está basada en los estándares establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador en cuanto al lineamiento de notas de enfermería, reforzado todo esto con el aprendizaje adquirido en la formación académica del profesional de enfermería en sus diferentes categorías establecidas actualmente en el país.

El contenido del presente documento se ha estructurado en capítulos, los cuales se detallan de la siguiente manera:

En el primer capítulo se presenta el Planteamiento del Problema que especifica los antecedentes de los registros bajo una perspectiva lógica e histórica de enfermería partiendo de un análisis sobre la concepción de cada variable en estudio. En la situación problemática se planteó el comportamiento del problema en el personal de enfermería del Hospital

Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, el cual al ser sujeto de auditoría para la elaboración de notas y registros realizados en el expediente clínico, por parte de jefaturas de enfermería, quienes aplicaron listas de chequeo que revelaron irregularidades en la elaboración de dichos registros, los cuales dieron base al problema de investigación, surgiendo de estos el enunciado del problema. Seguidamente se muestra la justificación que describe la razón del estudio que es determinar si existe relación entre las variables, para lo cual fue necesario plantear objetivos que guiaron la investigación delimitándose en un objetivo general y tres específicos.

El segundo capítulo describe el Marco Teórico, en este se presenta la concepción del conocimiento según la teoría de Patricia Benner e Inmanuel Kant, se abordan los registros de enfermería en estudio, incluyendo diferentes conceptos, definiciones y características que deben ir inmersos en todo registro. Así mismo se describen los elementos de un expediente clínico, abordando principalmente la hoja de signos vitales, hoja de indicaciones médicas y notas de enfermería, detallando de cada una los elementos a registrar por la enfermera.

En el tercer capítulo se plantea el Sistema de Hipótesis donde se presenta la hipótesis general, tres específicas y tres nulas, se muestra un esquema de relación de variables y la operacionalización de éstas, la cual detalla cada una de ellas, simplificadas con una definición teórica, operacional, y la descripción de cada una de sus dimensiones y sus respectivos indicadores lo que fue fundamental para la elaboración de instrumentos de recolección de datos.

En el capítulo cuatro se plasma el diseño metodológico y todos los elementos que lo componen: como estudio correlacional se indagó sobre la relación entre ambas variables, con una población de 31 recursos con diferentes grados académicos que conformaron el total de la muestra, para verificar la aplicación del conocimiento se tomó como población 82 expedientes clínicos, seleccionando al azar 31 como muestra de investigación. Como técnica se aplicó una guía de revisión documental al expediente clínico y un cuestionario

dirigido al personal de enfermería, además se presenta el procedimiento que se aplicó para la recolección de datos, plan de tabulación y análisis, seguidamente se planteó el marco ético de la investigación.

El quinto capítulo refleja la Interpretación y Análisis de Resultados obtenidos de la investigación de cada una de las variables en estudio, el conocimiento de los registros de enfermería y su aplicación en el expediente clínico, para la posterior comprobación de las hipótesis, mediante el cálculo del chi cuadrado y el cruce de las variables, se determinó que no existe relación entre los conocimientos sobre los registros del cuidado de enfermería y la aplicación de los mismos en el expediente clínico, al rechazar la hipótesis específica y aceptar la hipótesis nula, en el análisis general se presenta de forma concreta, específica y sintetizada, los resultados obtenidos en la investigación.

El sexto capítulo contiene las conclusiones que parten de los objetivos planteados y reflejan en forma de razonamiento, el resultado de esta investigación. Las recomendaciones se estructuraron de manera lineal y coherente a las conclusiones, brindaron la guía para la planificación de un programa educativo sobre los registros del cuidado de enfermería dirigido al personal de enfermería de los servicios de cirugía Oquellí y pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández.

En elementos complementarios se presenta la bibliografía consultada para el fundamento teórico de la investigación, los anexos donde se presentan los instrumentos utilizados para la recolección de datos, las hojas del expediente clínico, hoja de signos vitales, de indicaciones médicas y de notas de enfermería, listas de chequeo para la auditoria de expediente clínico y notas de enfermería. Cerrando con la propuesta para la intervención y abordaje del problema encontrado

CAPITULO I.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del problema.

Enfermería ha evolucionado con el transcurso del tiempo, desde la época de Florencia Nightingale en 1,850, inició la práctica de enfermería como un oficio doméstico y de esta se establecieron las bases de la enfermería moderna, es decir poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él , surgiendo la enfermería como profesión, y cimentándose bajo un rigor científico que exigía documentar las intervenciones propias de enfermería, basado en la experiencia y la práctica, comparando resultados y evidenciándolos con intervenciones concretas que daban respuesta a las necesidades de sus pacientes.

La evolución no es ajena a El Salvador ya que su historia inicia con la formación de recursos humanos de Enfermería en 1902 en las instalaciones del Hospital San Patricio hoy Hospital Nacional Rosales, el cuidado de enfermería en este nosocomio estaba a cargo de las hermanas de la caridad de San Vicente de Paul, la cual fue iniciativa de la religiosa costarricense Sor María Teresa Lang, a partir de esto surge la primera escuela de enfermería, esta no exigía ninguna formación académica; con la aprobación en 1995 de la Ley de Educación Superior, por parte de la asamblea Legislativa de El Salvador, se implementan los diferentes grados académicos en enfermería que existen a la fecha. Licenciado/a, Tecnólogo/a y Técnico /a en enfermería vigentes desde el 2001, la estandarización curricular para la formación en instituciones privadas y publica fueron implementados por las 6 instituciones formadoras de recursos humanos de enfermería de ese momento, instituciones que se mantienen vigentes en la actualidad.

La ley de Educación Superior da la pauta para que las Instituciones de Educación Superior actualicen sus planes de estudio, sin embargo desde ese entonces no se ha realizado una revisión y actualización de los planes de estudio estandarizados.¹

El trabajo de Enfermería es de gran valor para el individuo, la institución y la sociedad en general, y es necesario que éste quede registrado, pues al conocer la condición, evolución y tratamiento del paciente, permite evidenciar cada intervención que refleje la continuidad del cuidado y brinde la descripción evolutiva del estado del paciente.

Las circunstancias, las características propias del paciente y las áreas de trabajo suelen marcar la diferencia en el tipo de registros que se realizan; particularmente cuando el trabajo de enfermería es en instituciones de tercer nivel o servicios de mayor complejidad, esta actividad cobra mayor importancia, debido a que con frecuencia contribuyen al equipo de salud en la toma de decisiones cruciales sobre la condición, diagnóstico y tratamiento del paciente.

La documentación más antigua respecto a los registros del trabajo de enfermería en relación a la atención de pacientes, aparece por primera vez en el libro de Florence Nightingale "Notas sobre Enfermería" donde la autora presenta en forma de conclusiones una serie de observaciones y reflexiones sobre el tema "Cuidado del Paciente Junto a su Lecho"

El propósito fundamental de su trabajo fue que las mujeres que tenían a su cargo el cuidado de la familia pensarán en la mejor forma de cómo cuidar; a pesar de haber transcurrido poco más de cien años de este escrito, es innegable la preocupación continua del personal de enfermería en satisfacer las necesidades fundamentales de los pacientes, así como el trabajo cuidadoso respecto a los seres humanos en situaciones de salud y enfermedad. (Nightingale 1859).

¹ Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería. perfil genérico para la formación de profesionales de enfermería en El Salvador. [en línea] 2005 [fecha de acceso 28 de septiembre de 2017] disponible en: http://www.paho.org/els/dmdocuments/documento_final%20_perfil_enfermeria.pdf?ua=1

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada. Por consiguiente, la deficiente elaboración e integración de la Historia Clínica, afecta la atención y el seguimiento de los pacientes, teniendo como consecuencia un mal diagnóstico y tratamiento, documentación a la cual frecuentemente el personal médico, enfermería y resto del equipo de salud no le dan la importancia necesaria, siendo este un instrumento de valor, que al no elaborarlo correctamente, pone en situación de indefensión al personal de enfermería, ante cualquier duda o inconformidad que se interponga en los juzgados civiles, penales o en el mejor de los casos ante las comisiones de auditorías médicas o auditorías de enfermería.²

A pesar de la dificultad del personal de enfermería para registrar, este se toma el tiempo para hacerlo, pero no está garantizado, que la información que registra sea en el orden cronológico con el que acontecen los sucesos, y que lo registrado sea solo lo que la enfermera recuerda, por eso es importante tener en cuenta las circunstancias del ambiente de trabajo y el valor e importancia que la enfermera le da al registro del cuidado.

Por lo cual es necesario valorar la gravedad del estado del paciente ya que este determina el tiempo que se dedica al registro, sin embargo, en la realidad la enfermera pasa la mayor parte del tiempo repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina. Además, es posible que pase por alto una importante información escrita, ya que los médicos y enfermeras no leen con regularidad las notas de evolución de enfermería.³

Teniendo en cuenta que la profesión de enfermería ha ido evolucionando en el transcurso del tiempo en nuevas técnicas, procedimientos con respaldo de mayor documentación de carácter científico que enriquecen el conocimiento, el cual guía el actuar del profesional de

² Dr. René Jorge Mena Múgica, A. Bermúdez García, A. Calderón-Murillo. Evidencia científica de registro del proceso de Enfermería en el perioperatorio. Portales Médicos [Internet] 2014. 03-03-2017. 2 disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/registro-proceso-de-enfermeria-perioperatorio/>

³ Cedeño Tapia S. Guananga Iza D. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert pontón 2013” [Tesis para optar al grado de Licenciatura de Enfermería]. Guayaquil – Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2013

enfermería, manteniendo siempre la importancia de evidenciar las acciones al ejercer el cuidado, por medio de los registros, reflejado en las notas de enfermería, anotaciones en la hoja de ordenes médicas, cuadrícula de signos vitales, hojas de balance, todo acuñado en el expediente clínico, que como documento legal, crea la necesidad de la existencia de entes rectores como el Ministerio de Salud que por medio del Código de salud y Organismos especializados garantiza la calidad y legalidad de los mismos.

Necesidad que se ve reflejada desde la época en que aparece la revista Nursing (en español), entre los años 1988 y 2002, Bergerson (1988 p.21-26) anota que, en una querrela por malap Praxis, los miembros del jurado suelen considerar los registros como la mejor prueba. Recomienda el uso de las normas de registro OPCO (objetivo, preciso, completo, oportuno) y afirma que, con este método, se le impide al demandante desacreditar el registro.⁴

Los lineamientos, normas y estándares que se implementan en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, también son importantes, ya que estos deben cumplir con todos los elementos técnicos y jurídicos, que debe poseer un registro de enfermería objetivo, preciso, completo y oportuno que sirva como respaldo legal para paciente y enfermera.

Entre 1995 y 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la falta de comunicación durante el cambio de turno fue la causa principal de los eventos adversos denunciados ante la JointCommission, siendo el factor causal más común de reclamos surgidos de transferencias ante las agencias de seguros por mala Praxis en EE.UU. incluso que de los 25 000 a 30 000 eventos adversos todos ellos evitables que condujeron a una discapacidad de los pacientes en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos.⁵

⁴Carmen Vargas-Cubero, María Aurelia Ruiz-Sánchez, Aspectos Legales de las notas de Enfermería, ISSN 1049 – 1992, Enfermería en Costa Rica 2003.

⁵Marisol Torres Santiago, Rosa Amarilis Zárate Grajales, Reyna Matus Miranda, Calidad de los registros de Enfermería, elaboración de un instrumento de evaluación, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, Vol 8; No. 1, Enero-Marzo 2011.

Algunos autores como Gonzales e Ibarra citado por Avendaño Ramírez Colin, Rentería y López 2011 refieren que las anotaciones de Enfermería son variadas, complejas y requieren tiempo de las enfermeras. Como resultado de todo ello con mucha frecuencia, quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos por falta de tiempo. Así mismo Potter y Perry señalan que el registro que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye un medio de comunicación. La documentación de enfermería continúa evolucionando viéndose incrementada su importancia.

Dichos antecedentes de los registros de enfermería lleva a la necesidad de conocer si el profesional de enfermería cumple con los requisitos establecidos en su elaboración, esto se refleja en distintas investigaciones, en el año 2012 se realizó un estudio sobre el Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería en Centros de Salud Microred Metropolitana Tacna Perun, Perú, donde la población de estudio estuvo constituida por 87 historias clínicas siendo una muestra de 41, en el cual identificaron por medio de una lista de chequeo que las enfermeras del servicio de Ginecoobstetricia registran las notas de Enfermería entre bueno y muy bueno en un 75.6%, registran las hoja gráfica entre bueno y muy bueno en un 95.1%, al igual que el Kárdex en un 65.9%. Mientras que la hoja de Balance Hídrico lo registran muy mal en un 65.9%.

Conclusión: Las enfermeras del servicio de Ginecoobstetricia, cumplen con realizar los registros de Enfermería entre un nivel bueno y muy bueno en 63.4% y el 7.3% registran muy malo.⁶

Otro estudio sobre Características de las notas de Enfermería de los Hospitales del distrito de Bagua, Perú muestra que del 100% (89) de las notas de enfermería del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Lujan del MINSA, el 59.6% (53) se encuentran mayormente incompletas, solo el 40.4% (36) mínimamente incompletas y ninguna (0%) se encuentra completa; mientras que en el Hospital 1 Héroe del Cenepa Es Salud, del 100% (50) de las notas de enfermería, el 44% (22) son mayormente incompletas, el 56% (28) mínimamente incompletas y ninguna (0%) está completa, similares porcentajes se evidencian en cuanto a

⁶Nivel de aplicación del proceso de atención de Enfermería y la calidad de las notas de enfermería en centros de salud micro red metropolitana Tacna, 2012

las características de estructura y contenido. Queda evidenciado la falta de elementos dentro de las notas como lo son: deben ser sistemáticas, lógicas, concretas, precisas, breves, objetivas y con narración en orden lógica.⁷

En una investigación realizada en el año 2016 a cargo de la Universidad Alberto Masferrer realizada en el Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, sobre el conocimiento y aplicación de los lineamientos establecidos por Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería (JVPE) y el Ministerio de Salud (MINSAL) en la elaboración de notas de enfermería en el servicio de medicina interna, sometieron a análisis 15 expedientes por medio de una lista chequeo y un cuestionario dirigido al personal, como hallazgos encontraron que el personal posee conocimiento sobre los lineamientos establecidos por la JVPE con una media de 7.64, pero en la aplicación completa y correcta de los mismos el 100% de los profesionales fallaba en algún aspecto; en la colocación del sello profesional, firma según DUI, ortografía y caligrafía no legible, abreviaturas y tachaduras en las notas de enfermería.⁸

En general el personal de enfermería realiza registros de su actuar como profesional, pero el conocimiento y la calidad al aplicarlos queda corto en comparación a las exigencias de los requisitos para su elaboración, lo que en El Salvador se convierte en una deuda al disponer de pocos estudios sobre el registro de enfermería que muestre un contexto sobre la temática entre los profesionales salvadoreños, convirtiéndose esto en una necesidad de investigación en enfermería.

⁷ Socop Mateo A. Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, Hospital Nacional de Mazatenango. [tesis para optar al grado de licenciada en enfermería] Quetzaltenango; 2015

⁸ Alvarado de Renderos M.M, Callejas de Martínez A.C, Vargas Portillo K.A, Conocimiento y aplicación de lineamientos establecidos por la Junta de Vigilancia de la profesión de Enfermería y el Ministerio de Salud en la elaboración de notas de enfermería del servicio de medicina interna del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández[Tesis]San Salvador, Universidad Alberto Masferrer;2016.

1.2 Situación problemática.

La Enfermería con el tiempo se ha desarrollado como profesión respondiendo a los cambios en la política sanitaria mundial, regional, además de las necesidades de la población, orientada cada vez más a mejorar su accionar en el cuidado del paciente, familia y comunidad.

Los servicios de Enfermería en El Salvador han necesitado en éstos últimos años adecuar su capacidad de respuesta a las nuevas exigencias de la sociedad; tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario; el profesional de Enfermería, dirige su quehacer al cuidado directo de los pacientes con diversos grados de complejidad, manejo de equipos de alta tecnología con los que no se contaban antes, manejo de medicamentos y drogas diversas y junto con ellos el manejo de los correspondientes registros de Enfermería, tales como: balance hídrico, censos, anotaciones de enfermería, tabuladores que garantizan la continuidad del cuidado.

Los registros de enfermería son un instrumento importante que permiten supervisar de manera indirecta la eficacia de la atención, porque muestran las experiencias, conocimientos, capacidades y habilidades del personal de enfermería para detectar fallas y necesidades que deben ser resueltas. Es la síntesis de la atención proporcionada al paciente y la respuesta a los cuidados recibidos; estas puede ser utilizada como base legal para comprobar que la asistencia no se ha realizado según las normas aceptadas para la práctica, y convertirse en prueba o evidencia para demandas contra la institución y el personal de la salud, pues permite evaluar retrospectivamente los cuidados y atención no proporcionados.

Como en todo país, El Salvador ha elaborado lineamientos para la elaboración de las notas de enfermería, con los cuales se evalúan el contenido de las mismas a través de la JVPE, esta es el ente regulador en el ejercicio de la profesión por medio del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) , así también en el ámbito hospitalario la evaluación de las notas de

enfermería es efectuada por las supervisoras del departamento de enfermería, quienes también son las encargadas de monitorizar el registro correcto del cuidado, en la hoja de indicaciones médicas y la cuadrícula de signos vitales ya que en estas también se registra la ejecución de las intervenciones de enfermería.

En El Salvador las diferentes instituciones formadoras de profesionales de enfermería garantizan como contenido en sus planes académicos, los lineamientos y estándares antes mencionados para la elaboración de los registros de enfermería, conocimientos que se desarrollan y refuerzan durante sus prácticas clínicas.

Los profesionales de la salud han de familiarizarse con normas, requerimientos y procesamientos de registros clínicos, como lo expresa los Artículos 304 y 305 del código de salud de El Salvador sobre los aspectos legales de las notas de enfermería.

El Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, es parte de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud, del MINSAL, pertenece a la región metropolitana del país, se caracteriza por ser una institución de segundo nivel de atención según el sistema de salud de El Salvador, tiene la capacidad de recibir alrededor de 20,000 pacientes al mes de bajo y mediano riesgo, entre los servicios que brinda a la población son la atención en medicina interna, ginecoobstetricia, cirugía y pediatría, tanto en el área de consulta externa y hospitalización, cuentan con un total de 226 enfermeros y enfermeras, quienes poseen la competencia técnica para la elaboración de los registros de enfermería según los estándares del CSSP de La Republica de El Salvador, Unidad de Enfermería del MINSAL.

Según la entrevista realizada a la jefe del Servicio de Pediatría Licda. Aracely Díaz, el 25 de Abril del 2017 a las 11.00 am, los registros de enfermería y su forma de elaborarlos son parte de la evaluación del Plan Anual Operativo (PAO), estos se evalúan por medio de listas de chequeo para la auditoría de expediente y para la elaboración específica de las notas de enfermería dirigidas al personal, manifiesta que al evaluar su elaboración encontró que las

notas presentan: letra no legible, presencia de abreviaturas, falta de descripción objetiva y precisa del estado del paciente, carecen de orden lógico, notas sin el sello oficial emitido por la JVPE. Otros de los errores más frecuentes que detecto son faltas de ortografía y caligrafía. El escaso respaldo de un estudio específico que refleje a profundidad la temática, dificulta identificar las causas y limita abordarlas apropiadamente. A pesar de la existencia de listas de chequeo para la verificación de la elaboración de notas de enfermería y auditoría de expediente (ver anexo N°1), no se cuenta con un estudio cualitativo o cuantitativo que presente concretamente los resultados del personal de enfermería de parte de la institución prestadora de servicios de salud, según Lic. Ruth Pérez Serrano, enfermera supervisora de área, al revisar los expedientes encuentra que las faltas antes mencionadas, son comunes en el recurso de enfermería, a pesar de estar en diferentes servicios del Hospital, expresa no identificar claramente la causa concreta del porque el personal de enfermería no aplica correctamente los lineamientos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública.

1.3 Problema de investigación.

¿Cómo se relacionan los conocimientos de los registros del cuidado de enfermería con su aplicación por el personal de enfermería que labora en los servicios Cirugía Oquél y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, en el periodo de Diciembre 2017 a Febrero 2018?

1.4 Justificación

La profesión de enfermería en El Salvador avanza al compás de la ciencia y la tecnología, prospera en el aporte de las ciencias sociales y humanas, basando su ejercicio en la atención de la persona, familia y comunidad. Cuidando las necesidades humanas fundamentales, asumiendo plena responsabilidad ética y legal de su accionar. Con la base teórica-práctica a partir de su formación por medio de las instituciones formadoras de recursos humanos de

enfermería en las diferentes categorías establecidas por el Ministerio de Educación Superior.

Ante el avance científico-tecnológico que exige el marco de la competitividad, es necesario que el profesional de enfermería elabore sus registros de manera correcta debido a que estos son los que evidencian su trabajo y constituyen un medio para evaluar la calidad de la prestación del cuidado y el desarrollo de la profesión, a su vez son utilizados como evidencia en caso de demandas legales de cualquier tipo. Esto volvió necesario investigar como el personal de enfermería elabora sus respectivos registros.

El presente estudio tuvo como propósito determinar los conocimientos que el personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández tiene acerca de los registros sobre el cuidado de enfermería y como estos son aplicados en el área laboral, en cuanto a la elaboración completa y correcta de los registros de enfermería entre ellos, el registro en la hoja de signos vitales, las intervenciones en la hoja de indicaciones médicas y las notas de enfermería, todas para mejorar la calidad del cuidado que se le proporciona al paciente. Así como la comunicación escrita efectiva entre los profesionales que integran el equipo de salud.

Esta investigación fue de suma importancia para la profesión debido a que enfermería es el encargado de brindar atención en todo el proceso de salud-enfermedad del paciente, por eso es fundamental que cada acción que se realice, sea evidenciada a través de un registro de manera correcta y completa; con este estudio se obtuvo información que facilitó una base teórica, evaluando el conocimiento de los registros de enfermería y fortalecerlo. En la ejecución de la investigación el grupo investigador contó con los recursos materiales, tecnológicos y financieros así como la asesoría de docentes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de El Salvador para la asistencia metodológica que favoreció la viabilidad de la investigación.

La relevancia social radicó en dejar claro que toda intervención en el paciente se registra, y que estos registros poseen propiedad legal y a la vez representan la calidad de atención brindada al paciente, a la cuál, por derecho él tiene acceso. Dejando constancia y seguridad

de los servicios brindados al paciente, para que el mismo determine los beneficios de la atención recibida. También al dejar un precedente, como base en investigaciones posteriores.

El aporte significativo del estudio fue servir como medio de diagnóstico que ofrezca elementos orientadores para las intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de los registros de Enfermería, pues muestra en alguna medida cuales son las principales deficiencias o carencias al momento de hacer un registros de enfermería.

De forma similar, en el escenario académico, al mostrar aspectos en los que se falla en relación a los registros, dio pautas para diseñar estrategias educativas encaminadas a fortalecer aspectos en los que se encontró debilidad, tanto en las aulas de estudio como en la práctica clínica del estudiante.

Con esta investigación se pretendió beneficiar a la comunidad de enfermería en El salvador, a través del aporte documental con el rigor científico que posee esta investigación, buscando proporcionar información concreta en este tema del que se carece específicamente en el país, y facilitar la toma de decisiones que puedan ayudar a mejorar la elaboración correcta de los registros de enfermería, que reflejan el actuar puro de la profesión de enfermería.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.5.1 Objetivo General:

Determinar los conocimientos de los registros del cuidado de enfermería relacionado con la aplicación por el personal de enfermería que labora en los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández en el período de Diciembre 2017 a Febrero 2018.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- 1.5.2.1 Valorar el conocimiento que posee el personal de enfermería en el registro de la hoja de signos vitales y su aplicación en el expediente clínico en los servicios de Cirugía Oquélí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, en el período de Diciembre 2017 a Febrero 2018.
- 1.5.2.2 Constatar el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el registro en la hoja de indicaciones médicas relacionado con su aplicación en el expediente clínico en los servicios de Cirugía Oquélí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, en el período de Diciembre 2017 a Febrero 2018.
- 1.5.2.3 Relacionar el conocimiento sobre los lineamientos legales y su aplicación en la elaboración de las notas de enfermería en los servicios de Cirugía Oquélí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, en el período de Diciembre 2017 a Febrero 2018.

CAPITULO II.

2. MARCO TEORICO

2.1 Conocimiento

Son muchas las definiciones que sobre conocimiento existen. A pesar de que es una operación del día a día, no existe acuerdo en lo que respecta a lo que realmente sucede cuando se conoce algo.⁸

La Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, según esta definición, se puede afirmar entonces que conocer es enfrentar la realidad, ya que el conocimiento lo define como el entendimiento, inteligencia, razón natural.⁹ Enfermería es una profesión basada en el conocimiento por lo que cabe describir teorías ligadas a la profesión. Entre ellas la de Inmanuel Kant la cual establece una diferencia fundamental que es decisiva para la justa comprensión de su pensamiento. Es la diferencia entre conocer y pensar. Dicho breve y sencillamente: no todo lo real es susceptible de ser conocido, pues conocer significa, en vigor, conocimiento científico. Kant: No hay duda de que todo nuestro conocimiento comienza por la experiencia. Pero aunque todo nuestro conocimiento comience con la experiencia, no por eso surge todo él de la experiencia. La teoría de Kant del conocimiento, es aplicable en el ámbito de enfermería ya que mucho del conocimiento enfermero es práctica de buen juicio volviendo el conocimiento significativo, debido a que la investigación es la base esencial para el desarrollo de la práctica de enfermería basada en la evidencia, la cual ofrece mejores resultados que la práctica basada en la intuición. Florence Nightingale (siglo XIX) fue la primera en observar que es esencial conocer el resultado de cada intervención para planificar cuidados más efectivos. Además defendió que la evaluación cuidadosa de la investigación es necesaria para ganar conocimiento sobre qué es lo mejor y que no lo es para el paciente legitimando así la enfermería como profesión.¹⁰

⁹ Real Academia Española, Diccionario de la lengua española, 23.^a ed. Madrid: España, 2014

¹⁰ P.A. Coello, O. E. Rodríguez, I.F.García, J.M.G. Alamino. Enfermería basada en la evidencia. Madrid, España. 2004. 1^{era} Edición. Conocimiento enfermero pág.: 17-18

2.1.1 Teoría de enfermería de la fundamentación de los registros.

2.1.1.1 Estudio basado en la teoría de Patricia Benner.

Esta teoría considera la Enfermería como una disciplina profesional, que contiene como tal dimensiones históricas, antropológicas, filosóficas, valores propios, principios éticos y un marco legal, que le lleva a poseer un conocimiento propio que respalda la práctica de enfermería¹¹. El cual ha ido incrementando mediante las acciones que ejecutamos, conocimiento que en muchas ocasiones no es debidamente registrado, perdiendo mucha información que es de gran importancia para conocer qué acciones son más factible realizar en un cuidado futuro.

Para garantizar este cuidado es necesario tener un conocimiento previo el cual se adquiere mediante la teoría y la práctica. Según la teorista Patricia Benner afirma que el desarrollo de conocimiento en una disciplina practica “consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber practico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de la disciplina.

Considera que las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos, y que “la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas provoca que la teoría enfermera carezca de singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta”. Con base a esto es importante destacar la importancia que conllevan las anotaciones de enfermería en el expediente clínico, estas corroboran el cumplimiento de los diferentes cuidados que se le realizan por el personal de enfermería o los diferentes proveedores de salud.

Benner estudió la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera. Una de las primeras distinciones teóricas que Benner estableció fue la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico.

¹¹Natorabet. modelo y teoría de enfermería Patricia Benner. Slideshare [internet]7 de julio de 2014[consultado el 31 de marzo de 2017] Disponible en:<https://es.slideshare.net/natorabet/patricia-la-1230-enfermer-modelos-y-teoras-en-enfermera>

- a) Saber práctico: Consiste en una adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico.
- b) Saber teórico: Sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre los diferentes sucesos.

Benner sostiene que el conocimiento práctico puede ampliar la teoría o desarrollarse antes que las formulas científicas. La práctica clínica es un área de investigación y una fuente para el desarrollo del conocimiento. Incorpora la noción de excelencia; estudiando la práctica, las enfermeras pueden descubrir nuevos conocimientos.

Mediante la investigación y la observación científica, se debe empezar a registrar y a desarrollar el saber práctico del trabajo clínico experto. La teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada o ampliada por la teoría.

Benner adopto el modelo de Dreyfus, ellos desarrollaron el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades, al aplicar el modelo Benner observo que la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y más rápida cuando se produce a partir de una base educativa sólida. A medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico.

2.1.1.2 En la teoría de Patricia Benner incluye diferentes conceptos y definiciones que deben ir inmersos en todo registro de enfermería como son:

- a) Aspectos de una situación: Son elementos recurrentes situacionales y significativos que se reconocen y se comprenden en el contexto gracias a la experiencia previa de la enfermera.
- b) Atributos de una situación: Son las propiedades mediables de una situación que puede entenderse sin haberla vivido anteriormente.
- c) Competencia: Área definida como una actuación calificada que se conoce y se describe según su intención, funciones y significado.
- d) Caso paradigmático: Es la experiencia clínica que destaca y modifica el modo en que la enfermera percibe y entiende las situaciones clínicas futuras.

- e) Comportamiento: Estilo y manera de actuar e interactuar con el paciente su estado de salud y enfermedad.
- f) Hermenéutica: hace referencia a la descripción y el estudio de los fenómenos humanos comprensibles de maneras cuidadosa y detallada con la máxima independencia posible de suposiciones teóricas.

Carper en 1978 identifico cuatro patrones de conocimiento enfermero: conocimiento empírico, ético, personal y estético, ampliando la visión histórica de la profesión de enfermería a algo más que un arte o una ciencia. El trabajo de Carper es significativo ya que reconoce la importancia del conocimiento empírico y de la experiencia.¹²

De la misma forma que lo hacía Kant volviendo lo empírico y la experiencia de principal relevancia para la obtención de conocimiento, para luego documentar, validarla y convertirse en un juicio significativo para el desarrollo de nuevos conocimientos convirtiéndose este en conocimiento científico.

Enfermería ha tomado todo este conocimiento y lo ha documentado en manuales, guías, protocolos, lineamientos, procesos de atención de enfermería, y ha plasmado el resultado de sus intervenciones en el expediente clínico, lo que convierte estos registros de enfermería en herramientas legales donde su fundamentación científica incrementa su relevancia en la participación del tratamiento del paciente.

2.2 Aplicación en la práctica de una enfermera.

En la práctica de enfermería el profesional debe demostrar dominio clínico y de práctica basada en los recursos, tener asimilación del saber práctico, conocer la visión general de lo que acontece y saber prever lo inesperado, garantizando una atención de calidad que ayudara a la pronta recuperación del paciente. El profesional en su formación académica y práctica clínica como estudiante va desarrollando habilidad en la atención directa realizando el cuidado de higiene y confort, asistencia de dieta, cumplimiento de

¹²unisabana.edu [internet] Colombia aquichan [actualizado 16 de Junio de 2005; citado 7 de Julio de 2017] disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62/129>

medicamentos, toma y registro de signos vitales, toma de diversos exámenes, elaboración de tarjetas y procesos de enfermería, acciones que deben ser reflejadas en sus notas de enfermería aplicando los diversos tipos que existen y/o que se aplican en el centro de salud asignado. Actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno. Sin embargo estos aspectos no logran concretarse como acciones realizadas ya que en ocasiones no hay un registro adecuado de dichas actividades.

El buen registro es útil para el paciente, porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación.

El registro permite identificar al personal que estuvo a cargo de un paciente determinado, permite conocer los aspectos de una situación, los atributos que esta cuenta para saber cómo actuar, además registra la competencia del personal de enfermería, el comportamiento del estado de salud del paciente, analizar la oportunidad de la atención y realizar la vigilancia de enfermería.

También permite hacer un análisis frente a los problemas legales originados por error en la administración de fármacos o por accidentes de los pacientes. Un buen registro puede ser una herramienta atenuante o esclarecedora de lo que sucedió. Todos estos conocimientos pueden ser posibles mediante un adecuado registro de la práctica de enfermería.

2.2.1 Definición de registros de enfermería

Los registros de Enfermería, según El Código de ética de los profesionales de enfermería definen que son los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica¹³.

Describen cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de Salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

Según Manuel Amescua: Un buen registro de enfermería debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.

2.2.2 Consideraciones a tener en cuenta al realizar el registro

2.2.2.1 Objetividad: deben ser escritos en forma objetiva es decir sin prejuicios o juicios de valor u opiniones personales sobre el paciente.

2.2.2.2 Precisión y exactitud: Deben ser precisos completos y fidedignos. Deben anotarse en forma clara, concisa y en términos cuantificables.

2.2.2.3 Legibilidad y claridad: Claros y legibles sino posee una buena caligrafía, debería utilizar letra de imprenta, realizar anotaciones correctas ortográficamente gramaticalmente. Usar solo las abreviaturas de uso común y no las que puedan llevar a confusiones.

2.2.2.4 Simultaneidad: deben escribirse acompañando lo que se realizó y no dejarlo para el final del turno. En forma simultánea a la asistencia.

La realización correcta de los registros puede ser nuestra mejor defensa en caso de un problema legal.

¹³Tanya Rivera. Registros asistenciales, fundación universitaria del área andina. [Publicado el 12 de junio de 2011, citado el 31 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/tannya91/registros-de-enfermeria>

Para que un registro se considere de calidad debe ser eficaz, efectivo y eficiente, deben servir para evaluar cómo se brinda la asistencia y se da respuesta a las necesidades de los pacientes.¹⁴

2.3 Expediente clínico

El conjunto único de información y datos Personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.¹⁵

Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el Expediente Clínico.

Los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho persona.

Todo Expediente Clínico, deberá tener los siguientes datos generales: Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la Institución a la que pertenece; en su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario y, nombre, sexo, edad y domicilio del paciente

¹⁴ Rosana Tessa. Registros de enfermería[internet]18 de agosto de 2013[citado el 31 de marzo de 2017]Disponible en:<http://www.rosanatessa.com/registros-de-enfermeria/>

¹⁵ Carlos Augusto Sanchez Morales. Instituto Nacional de Cuencias Medicasy Nutricio/expediente clínico [sede web] [actualizada el 30 de noviembre del 2016]. disponible en innsz.mx/opencms/contenido/transparencia/expedienteclinico.html.

2.4 Elementos del expediente clínico que registra enfermería

2.4.1 Hoja de signos vitales

Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Se debe observar, medir y vigilar los signos vitales para evaluar su nivel de funcionamiento físico.

La hoja de signos vitales debe contener lo siguiente:

- a) Nombre y apellidos del paciente.
- b) Número de expediente clínico.
- c) Servicio y número de cama.
- d) Temperatura, pulso, respiración y presión arterial del paciente.

Método de registro de signos vitales:

En la parte superior izquierda de la cuadrícula aparecen los días del mes se anotan los días desde el ingreso, posteriormente se anota en la siguiente línea los días de hospitalización iniciado desde el día cero (ver anexo N° 2).

En la parte inferior de la cuadrícula aparece un cuadro para anotar el peso del paciente.

- a) Los signos vitales deben ser tomados y registrados en el expediente clínico en las hojas correspondientes por el personal de enfermería según indicación médica de acuerdo a lo establecido en el manual de procedimientos generales de enfermería para la atención de pacientes, en vigencia¹⁶.
- b) Las anotaciones de la temperatura en la cuadrícula las efectuara con color azul y el pulso con color rojo.

¹⁶Vilma Esther V., NoéFélix E., José Rafael E., Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2° edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...

2.4.2 Hoja de indicaciones médicas

Las indicaciones médicas comprenden las decisiones terapéuticas que emanan del profesional de medicina, las cuales deben ser respaldadas por notas (escritas) y deben ser acatadas por el resto del equipo de salud. Estas indicaciones comprenden desde decisiones terapéuticas sencillas (baño en cama, medición de constantes vitales, etc.) hasta otras más complejas como lo es la administración de medicamentos.

La administración de Medicamentos es una de las tareas más complejas en el campo laboral del profesional de enfermería y de alguna manera demanda más atención y responsabilidad de parte del profesional, ya que una mala praxis desencadenaría daños irreversibles, incluso la muerte en el usuario.

En algunos casos el profesional de Enfermería, basándose en su experiencia personal y sus conocimientos científicos, podría considerar que una indicación requiere ser revisada nuevamente por el profesional de la medicina, antes de ser ejecutada. Esta situación es sumamente delicada y pone a prueba la competencia científica y moral de la enfermera.

Ésta deberá expresar en forma respetuosa y en privado su discrepancia con el médico tratante, precisando que con ello no pretende menoscabar su autoridad. Para llevar a cabo una actuación de este tipo, la enfermera debe hallarse profesionalmente capacitada para exponer argumentos convincentes.¹⁷

Para registrar el cumplimiento de indicaciones, se debe anotar la hora, firma y sello de la enfermera que cumplió la indicación, al lado derecho de la misma en la hoja de ordenes médicas.¹⁸ (Ver anexo N° 3)

¹⁷Esmirna T. Responsabilidad legal del profesional de enfermería en el cumplimiento de la indicación médica [internet] citado el 31 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos73/responsabilidad-legal-profesional-enfermeria/responsabilidad-legal-profesional-enfermeria2.shtml#ixzz4cfpw5Q9r>

¹⁸Vilma Esther V., NoéFélix E., José Rafael E., Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...

Cuando se registre el cumplimiento de medicamentos en la hoja de indicaciones médicas, se debe registrar la hora e iniciales de la enfermera que cumplió la indicación.

2.4.3 Notas de enfermería

2.4.3.1 Definición

Según el Consejo Superior de Salud Pública¹⁹, en relación al lineamiento de nota de enfermería es un registro elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional así como la evolución de la enfermedad, cuidados y procedimientos.

Cuyo objetivo de las notas de enfermería es llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado de la persona, dejar constancia de los problemas presentados por la persona y cuidados de enfermería brindados, registrar todos los procedimientos proporcionados a la persona, servir como instrumentos de información en el campo de la salud como documentos científico legal, estudios de investigación (ver anexo N° 4).

Los componentes técnico legales de las notas de enfermería deben contener fecha, contenido con base al lineamiento, firma según DUI, sello según registro de JVPE y hora exacta según la acción realizada.

Además deben ser sistemáticas, lógicas, claras, precisas, concretas, objetivas, la narración con orden lógico, el vocabulario debe ser técnico, lenguaje claro, evitar abreviaturas.

2.5 Características de las notas de enfermería

2.5.1 Exactitud: es importante que las anotaciones en los registros sean exactos y correctos; las anotaciones exactas consisten en hechos u observaciones reales, en lugar de opiniones o interrupciones de una observación. Una buena escritura es esencial para la exactitud de los registros, si no se está seguro de cómo se escribe una palabra debe consultar un diccionario.

¹⁹Consejo Superior de Salud Pública, Unidad de enfermería, Ministerio de Salud y Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería. lineamiento notas de enfermería. San Salvador 2016[citado el 31 de Marzo de 2017] Disponible en cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf

2.5.2 Integridad: la información que se registre ha de ser completa y útil para la persona, los médicos, otras enfermeras y trabajadores que intervengan en la asistencia sanitaria, sin embargo, la historia de la persona puede utilizarse para indicar el tipo de cuidado administrativo, una anotación completa como por ejemplo una persona que ha vomitado (comprende la hora, la cantidad, el color y el olor del vómito y cualquier otro dato sobre el paciente).

2.5.3 Uso de tinta: todas las anotaciones de enfermería a la persona se realizan con tinta oscura en turno de día y en turno nocturno será de tinta roja, de forma que el registro sea permanente y puedan identificarse los cambios, las anotaciones han de ser legibles, y que se entienda con facilidad.

2.5.4 Contenido de las notas de enfermería: Esto debe llevar las observaciones hechas en el momento de admisión de la persona, condición general del paciente, tomando en cuenta su estado físico, emocional, reacción a medicamentos y tratamientos, condición de higiene y cuidados prestados, observaciones objetivas y subjetivas, efectividad de ciertos cuidados, medicamentos, tratamientos y procedimientos, enseñanza impartida, apoyo brindado y evaluación del aprendizaje.

2.5.5 Información de las notas de enfermería

2.5.5.1 Valoración de la persona por el distinto personal de enfermería (palidez, enrojecimiento de la cara o presencia de orina oscura o turbia, entre otros.)

2.5.5.2 Intervenciones de enfermería independientes, como cuidados especiales de la piel o formación del paciente, ejecutadas por iniciativa de la enfermera.

2.5.5.3 Intervenciones de enfermería dependientes, como medicamentos, tratamientos prescritos por un médico o procedimientos.

2.5.5.4 Evaluación de la eficacia de cada intervención de enfermería hospitalaria o comunitaria

2.5.5.5 Acciones realizadas por el medico (por ejemplo: acortamiento de un tubo de drenaje posoperatorio)

2.5.5.6 Visitas de miembros del equipo de salud, (consulta de médico, fisioterapeuta, trabajadora social, entre otros)

2.6 Utilidad de las notas de enfermería

- a) Poder evaluar la evolución de la enfermedad de la persona.
- b) Sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal.
- c) Se puede identificar las necesidades de las personas.

2.7 Clasificación y tipos de nota de enfermería.

Enfermería emplea cuatro métodos para escribir las notas de evolución: Narrativa, Formato SOAP, focalizada y de excepción.

2.7.1 Nota narrativa.

Es una descripción de la información y una nota cronológica registra los datos en secuencia a medida que se producen en el tiempo se asocia comúnmente con las historias médicas fragmentadas. Los formatos empleados para las notas varían de acuerdo de un lugar a otro. La principal desventaja es que para el lector resulta difícil encontrar todos los datos de un problema específico sin tener que examinar toda la información registrada.

Componentes técnicos legales Según el Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador (CSSP), para la elaboración de las notas de enfermería:

2.7.1.1 Fecha (Exacta)

2.7.1.2 Contenido (Con Base al Lineamiento)

- a) Sistemáticas
- b) Lógicas
- c) Claras

- d) Concretas
- e) Precisas
- f) Breves
- g) Objetivas
- h) La narración con orden lógico
- i) Vocabulario técnico
- j) Lenguaje claro
- k) Evitar abreviaturas

2.7.1.3 Firma (Según DUI)

2.7.1.4 Sello (Según Registro en la JVPE)

2.7.1.5 Hora (según la acción realizada)

2.7.2 Formato SOAP.

a) Es un acrónimo de Datos Subjetivos, Datos Objetivos, Valoración y Planificación, que es utilizada cada vez más en muchos tipos diferentes de registros. Los acrónimos SOAPIE y SOAPIER hacen referencias a formatos que añaden la ejecución, evaluación y la revisión. Un formato más reciente es el APIE valoración combina los datos subjetivos y objetivos con el diagnóstico de enfermería, plan de ejecución y evaluación.

b) Los datos subjetivos nos dicen lo que el cliente siente y el modo en que lo expresa, los datos objetivos comprenden medidas como las constantes vitales, observaciones de los miembros del equipo de salud, hallazgos de laboratorio, radiografías y respuestas del cliente a las medidas diagnósticas y terapéuticas.

c) En la fase de valoración el observador interpreta y extrae conclusiones de los datos subjetivos y objetivos.

d) La planificación es un plan de acción basado en datos anteriores, el plan inicial es escrito por la persona que anota el problema en el registro.

e) La ejecución o intervención es la documentación de las actividades del plan que se están ejecutando en realidad para el cliente.

f) Evaluación es la documentación de la respuesta al plan.²⁰

2.7.3 Nota focalizada.

Utiliza palabras claves que describen lo que le está sucediendo al cliente, a diferencia de las gráficas unificadas la nota focalizada no se limita a los problemas clínicos.

Utilizando los diferentes tipos de notas de enfermería establecidos, el personal elabora diversas notas durante el turno de trabajo, entre ellas, notas de recibo al inicio del turno, notas de evolución, procedimientos especiales, protocolos aplicados, las cuales se elaboran en el transcurso del turno en orden de acontecimientos y la nota entrega que se elabora al final del turno con la información actualizada sobre el estado de salud del paciente, cada una que realiza debe cumplir con los lineamientos establecidos ya que su incumplimiento puede resultar en infracciones descritas a continuación.

2.8 Infracciones relacionadas con las notas de enfermería

Según el código de salud en cuanto a las infracciones menos graves se encuentran reguladas a partir del artículo 285 que citan:

- a) Expedir certificados, constancias, dictámenes u otros documentos falsos sobre el estado de salud o causas del deceso de una persona;
- b) Suscribir certificados, constancias, dictámenes e informes preparados por terceras personas sin haber examinado o presenciado los hechos consignados en tales documentos;

²⁰Técnicas en enfermería clínica, cuarta edición, volumen 1 Capítulo III, PAG 57-59

- c) Mandar a elaborar el sello de profesional o de un establecimiento sin la autorización correspondiente de la Junta respectiva o del Consejo.²¹

2.9 Sanciones según la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud.

2.9.1 Sanciones²²

Art. 45.- Las sanciones que se impondrán a las personas que cometan las infracciones que regula la presente ley serán:

- a) Para las infracciones graves, suspensión del ejercicio profesional de un mes a cinco años.
- b) Para las infracciones menos graves, multa de uno a veinte salarios mínimos mensuales del sector comercio y servicio vigentes.
- c) Para las infracciones leves, amonestación escrita agregada al expediente del Profesional en la Junta de Vigilancia correspondiente, en el caso de los profesionales de salud, y al expediente del paciente, en el caso de los pacientes.

2.10 Artículos del código penal relacionados al estudio

2.10.1 Comisión por omisión

Art. 20.- El que omite impedir un resultado, responderá como si lo hubiera producido, si tiene el deber jurídico de obrar y su omisión se considerará equivalente a la producción de dicho resultado. El deber jurídico de obrar incumbe a quien tenga por ley obligaciones de cuidado, protección o vigilancia, al que con su comportamiento precedente creó el riesgo y

²¹Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E., Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...

²²Decreto 307. Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. fecha de emisión 10 de marzo de 2016 y fecha de publicación 08 de abril de 2016, sección 2 página 24 [consultado el 21 07 de abril de 2017] Disponible en <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-de-deberes-y-derechos-de-los-pacientes-y-prestadores-de-servicios-de-salud>

al que, asumiendo la responsabilidad de que el resultado no ocurriría, determinó con ello que el riesgo fuera afrontado

Alteración de sustancias medicinales

Art. 274- Será sancionado con prisión de dos a cuatro años e inhabilitación especial para la profesión u oficio por el mismo tiempo.

- 1) quien al elaborarla o en momento posterior, alterare la cantidad, la dosis o la composición genuina, según lo autorizado o declarado, de una sustancia medicinal, privándola total o parcialmente de su eficacia.
- 2) Imitare o simulare sustancias medicinales, dándoles apariencia de verdaderas, con ánimo de expenderlas o autorizarlas.
- 3) Tuviere en depósito, ofreciere, vendiere, facilitare o utilizare en cualquier forma las sustancias medicinales referidas, conociendo de su alteración y con el propósito de expenderlas o destinarlas al uso de otras personas.

2.10.2 Falsedad documental agravada

Art. 285.- En los casos de los artículos anteriores, si el autor fuere funcionario o empleado público o notario y ejecutare el hecho en razón de sus funciones, la pena se aumentará hasta en una tercera parte del máximo y se impondrá, además, inhabilitación especial para el ejercicio del cargo, empleo o función por igual tiempo.

CAPITULO III.
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 Hipótesis general

El personal de enfermería que labora en los servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, aplican los conocimientos al realizar los registros del cuidado de enfermería.

3.2 Hipótesis específicas

Ha1: Existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el registro de la hoja de signos vitales, y su aplicación en el expediente clínico.

Hn1: No existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el registro de la hoja de signos vitales, y su aplicación en el expediente clínico.

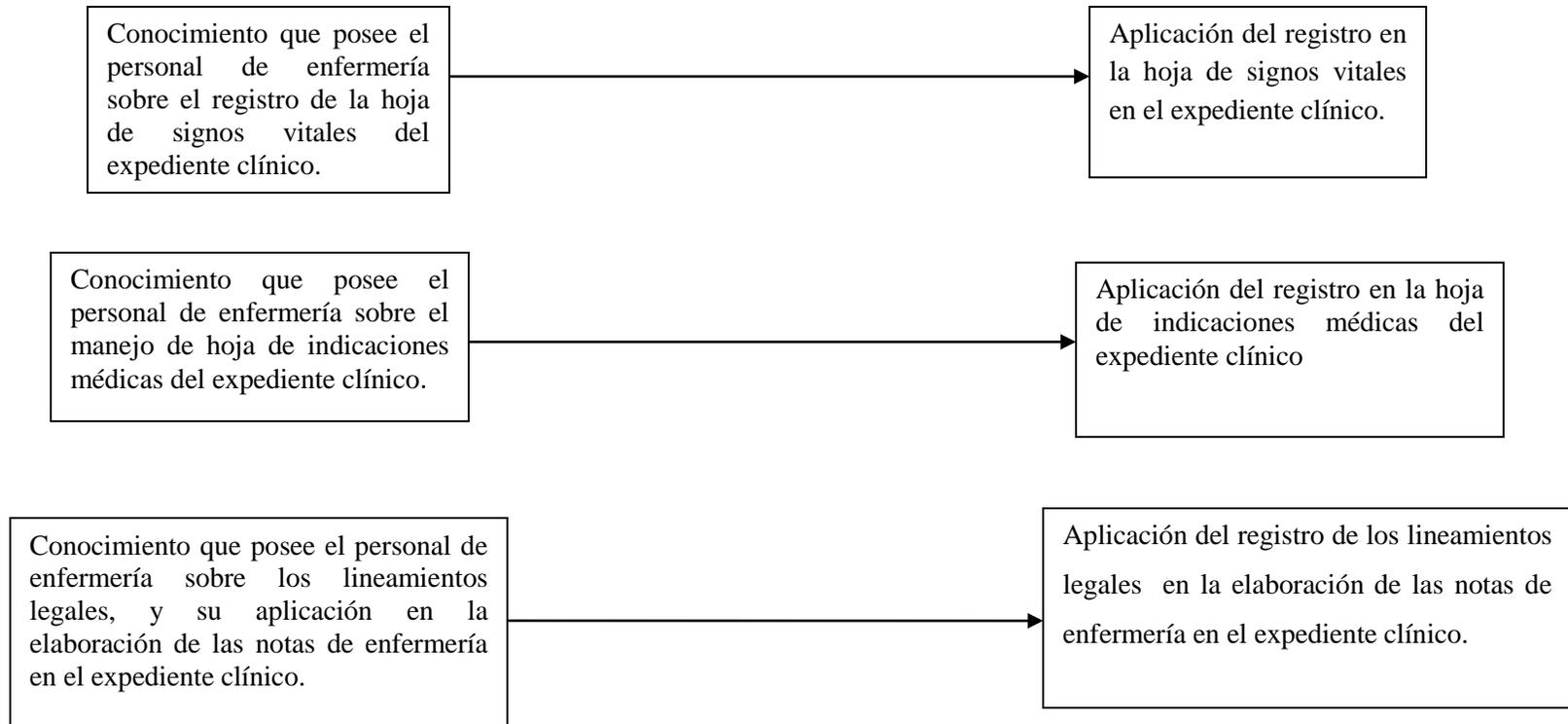
Ha2: Existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el registro en la hoja de indicaciones médicas, y su aplicación en el expediente clínico.

Hn2: No existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el registro en la hoja de indicaciones médicas, y su aplicación en el expediente clínico.

Ha3: Existe relación entre el conocimiento de los lineamientos legales, y su aplicación en la elaboración de las notas de enfermería en el expediente clínico.

Hn3: No existe relación entre el conocimiento de los lineamientos legales, y su aplicación en la elaboración de las notas de enfermería en el expediente clínico.

3.3 Esquema de relación de variables



3.4 Operacionalización de variables

3.4.1 V.1: Conocimiento sobre registros de enfermería

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Conocimiento sobre el registro en la hoja de signos vitales.	Es la información que posee el personal de enfermería para el llenado de la hoja de signos vitales, la cual aporta información rápida y precisa sobre la evolución del paciente. La gráfica presenta divisiones que separan los días y los turnos de mañana, tarde y noche.	Es la percepción que tiene el personal de enfermería sobre el manejo de la hoja de signos vitales, la cual le permite conocer de manera concisa como se encuentra las constantes vitales del paciente, así como la entrada y salida de líquidos del cuerpo.	Datos de identificación de la hoja de signos vitales Registro de permanencia hospitalaria Constantes vitales	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre completo. - Registro. - Edad - Servicio hospitalario - Diagnóstico médico - Fecha de ingreso hospitalario - Días de estancia hospitalaria. - Registro de pulso.(bicolor rojo escala 4) - Registro de la temperatura (bicolor azul escala 2). - Registro de la presión arterial - Registro de respiraciones

			Registro de ingesta y eliminación de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> - Registros de los líquidos orales y eliminación. - Registro de vómitos - Registro de evacuaciones - Registro de líquidos por otras vías
Conocimiento sobre el registro en la hoja de indicaciones médicas.	Es la comprensión del personal de enfermería sobre las decisiones terapéuticas que emanan del profesional de medicina las cuales deben ser respaldadas por notas (escritas) en una hoja específica y deben ser acatadas por el resto del equipo de salud.	Es el discernimiento de parte del profesional de enfermería para el registro de la ejecución de una indicación médica, y su importancia como garantía del cumplimiento del tratamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de acciones de enfermería. - Registro de intervenciones realizadas por otro personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de dieta - Toma de S.V - Toma de exámenes con hora, firma y fecha. - Administración de medicamentos con hora, firma y fecha de cumplimiento. - Cumplimiento de interconsulta o pruebas especiales - Firma y hora de revisión de enfermera/o por turno.

<p>Conocimiento sobre los lineamientos legales en la elaboración de las notas de enfermería.</p>	<p>Es el entendimiento sobre cómo elaborar el registro específico del personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad, los cuidados y procedimientos realizados para su recuperación.</p>	<p>Es la información que posee el personal de enfermería sobre cómo debe elaborar las notas de enfermería para evidenciar el cuidado proporcionado al paciente, por lo tanto debe respetar los lineamientos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública.</p>	<p>Características de las notas de enfermería según CSSP</p> <p>Componentes técnico legales de las notas de enfermería según CSSP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exactitud - Integridad - Uso de tinta según turno(azul de día o rojo de noche) - Condición general del paciente. - Fecha (Exacta) - Contenido : Sistemática - Lógicas Claras - Concretas - Precisas - Breves - Objetivas - La narración con orden lógico - Vocabulario técnico - Lenguaje claro
--	---	--	--	---

			<p>Utilidad de las notas de enfermería según CSSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar abreviaturas - Firma (Según DUI) - Sello (Según Registro en la JVPE) - Hora (según la acción realizada) - Lineamientos según Consejo Superior de Salud Pública - Código de salud - Código penal - Código de ética -Registro de intervenciones independientes - Condición de higiene y cuidados prestados - Observaciones objetivas y subjetivas - Efectividad de cuidados, tratamiento y medicamentos -
--	--	--	---	---

			<p>Enseñanza impartida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de protocolos. - Objetividad - Precisión y exactitud - Legibilidad y claridad - Simultaneidad <p>Consideraciones al momento de registrar según CSSP</p> <p>Tipos de notas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nota narrativa -Nota Focalizada -Nota con método SOAPIE
--	--	--	---

3.4.2 V.2: Aplicación en los registros de enfermería

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Registro en la hoja de signos vitales aplicado al expediente clínico.	Es la forma en que el personal de enfermería emplea la información obtenida del paciente, en la hoja de signos vitales para que esta aporte información rápida y precisa sobre sus constantes vitales. Esta presenta divisiones que separan los días y los turnos de mañana, tarde y noche.	Es el uso de la hoja de signos vitales de parte del profesional de la enfermería, para reflejar las constantes vitales del paciente, la ingesta de líquidos y eliminaciones, dando así un parámetro de su estado de salud.	Datos de identificación en la hoja de signos vitales Registro de permanencia hospitalaria Grafica de signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre completo. - Registro. - Edad - Servicio hospitalario - Diagnostico medico - Fecha de ingreso hospitalario - Días de estancia hospitalaria. - Registro de pulso.(bicolor rojo escala 4) - Registro de la temperatura (bicolor azul escala 2). - Registro de la presión arterial - Registro de respiraciones

			Registro de ingesta y eliminación de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> - Registros de los líquidos orales y eliminación. - Registro vómitos - Registro de evacuaciones - Registro de líquidos por otras vías
Registro en la hoja de indicaciones médicas aplicado al expediente clínico.	Comprende la dedicación del personal de enfermería de registrar el cumplimiento de las decisiones terapéuticas que emanan del profesional de medicina, las cuales deben ser respaldadas por notas (escritas) y ser acatadas por el resto del equipo de salud.	Es atribuir como función del personal de enfermería, reflejar por medio del registro, el cumplimiento de las indicaciones médicas que garantiza la continuidad del tratamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de acciones de enfermería - Registro de intervenciones por otro profesional de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de dieta - Toma de S.V - Toma de exámenes con hora, firma y fecha. - Administración de medicamentos con hora, firma y fecha de cumplimiento. - Cumplimiento de interconsulta o pruebas especiales - Firma y hora de revisión de enfermera/o por turno

<p>Lineamientos legales y su aplicación en elaboración de las notas de enfermería en el expediente clínico.</p>	<p>Es la elaboración obligatoria del registro escrito por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, describiendo el estado físico, mental y emocional del paciente, así como la evolución de la enfermedad, cuidados y procedimientos realizados, cumpliendo exigencias técnico-legales, como respaldo de su actuación en el expediente clínico.</p>	<p>Es la correcta elaboración de una nota de enfermería por el profesional de enfermería, empleando lineamientos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública.</p>	<p>Características de las notas de enfermería según CSSP</p> <p>Componentes técnico legales de las notas de enfermería según CSSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exactitud - Integridad - Uso de tinta según turno(azul de día o rojo de noche) - Condición general del paciente. - Fecha (Exacta) - Contenido : Sistemática - Lógicas Claras - Concretas - Precisas - Breves - Objetivas - La narración con orden lógico - Vocabulario técnico
---	--	---	---	--

			<p>Utilidad de las notas de enfermería según CSSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje claro - Evitar abreviaturas - Firma (Según DUI) - Sello (Según Registro en la JVPE) - Hora (según la acción realizada) - Código de salud - Código penal - Código de ética -Registro de intervenciones independientes - Condición de higiene y cuidados prestados - Observaciones objetivas y subjetivas - Efectividad de cuidados, tratamiento y medicamentos
--	--	--	---	---

			<p>Consideraciones al momento de registrar según CSSP</p> <p>Tipos de notas</p>	<ul style="list-style-type: none">- Enseñanza impartida.- Aplicación de protocolos. - Objetividad- Precisión y exactitud- Legibilidad y claridad- Simultaneidad -Nota narrativa-Nota Focalizada-Nota con método SOAPIE
--	--	--	---	--

CAPITULO IV.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 Tipo de estudio.

Para la investigación se utilizaron tipos de estudios, que sirvieron como guía para la planificación y ejecución de la misma, los cuales según la naturaleza de la investigación, permitieron el alcance de los objetivos y la comprobación de hipótesis.

Correlacional: Una investigación que indaga sobre la relación entre el conocimiento sobre los registros del cuidado de enfermería y su aplicación por el personal de enfermería observando la vinculación entre las variables en estudio.

Transversal: Se realizó un corte en el tiempo, debido a que se estudió el comportamiento de las variables en un periodo comprendido de diciembre 2017 a febrero 2018, sin hacer seguimiento posterior de la conducta de las variables.

4.2 Área de estudio.

La investigación se realizó en el Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández ubicado en calle la Ermita y Avenida Castro Moran Urbanización José Simeón Cañas Colonia Zacamil, El Salvador, ésta es una institución de Salud de segundo nivel de complejidad, el cual ofrece servicios a los pacientes de bajo y mediano riesgo, brindando atención en especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, pero por la demanda y su desarrollo se han ido agregando más servicios como: Oftalmología, Gastroenterología, Dermatología, Reumatología, Neumología, Cardiología, Neurocirugía, Odontología Maxilo-Facial, Endocrinología, Cirugía Pediátrica, Cirugía vascular, Cirugía oncológica, Cirugía Plástica, Urología, Coloproctología, Otorrinolaringología, ortopedia y una clínica de Terapia Antiretroviral(TAR).

4.3 Universo, población y muestra.

4.3.1 Universo.

El universo es un total de 226 recursos de enfermería que se desempeñan en el Hospital Nacional Zacamil. Dr. Juan José Fernández. Además por ser un estudio correlacional se tuvo como universo todos los expedientes clínicos del Hospital, lo que permitió indagar si existe relación entre el conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre los registros y la aplicación de estos en el expediente clínico.

4.3.2 Población.

La población en estudio fue de 31 recursos de enfermería, asignados en los servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría. En el servicio de Pediatría se cuenta con 19 recursos (9 enfermeras y 10 auxiliares de enfermería) y una capacidad instalada de 50 pacientes, que equivale a la misma cantidad de expedientes clínicos. En el servicio de Cirugía Oquellí cuenta con 12 recursos (6 son auxiliares de enfermería, y 6 enfermeras hospitalarias) y con capacidad para 32 pacientes, y la misma cantidad de expedientes clínicos, sumando en total de 82 expedientes clínicos.

UNIDAD	LIC. EN ENFERMERIA.	TECNOLOGA	AUXILIAR/ TECNICO	TOTAL	NUMERO DE EXPEDIENTES.
Pediatría.	5	4	10	19	50
Cirugía Oquellí.	3	4	5	12	32

4.3.3 Muestra.

Para el estudio de la población no se aplicó procedimiento de muestreo, se trabajó con la totalidad de los recursos asignados a los servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría siendo un total de 31 profesionales a los que se les entregó el cuestionario para su respectivo. Se realizó muestreo no probabilístico incidental a los expedientes clínicos, esto significa que se seleccionó 1 expediente clínico de los pacientes asignados a la enfermera que varía entre 10 a 21 pacientes según el servicio hospitalario y las áreas dentro del mismo, por lo que se obtuvo un total de 31 revisiones de expedientes.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión.

4.4.1 Criterios de inclusión

- a) Profesionales de Enfermería que son parte de los Servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría: Técnicos en Enfermería, Tecnólogos y Tecnólogas, Enfermeras graduadas, Licenciados y Licenciadas en Enfermería.
- b) Personal de Enfermería que haya realizado anotaciones en expediente clínico el día que se recolectaron datos.
- c) La participación de carácter voluntario.
- d) Expedientes clínicos activos en los servicios de Unidad de Cirugía Oquellí y Pediatría.

4.4.2 Criterios de exclusión

- a) Personal de enfermería que se encuentre incapacitado.
- b) Personal de enfermería que se encuentre de vacaciones.
- c) Profesionales de enfermería en servicio social.
- d) Profesionales de enfermería con licencia de maternidad.

4.5 Métodos Técnicas e Instrumentos.

4.5.1 Métodos.

Para realizar la investigación y que esta lograra los objetivos planteados se siguió una serie de estrategias y herramientas que sirvieron como guía.

Los métodos utilizados fueron:

Método deductivo hipotético.

Este permitió identificar los conocimientos y principios generales que el personal de enfermería tiene sobre los registros, para luego identificar aspectos particulares al momento de realizar las anotaciones respectivas en el expediente clínico, esto ayudo a comparar lo que establecen las teorías sobre las variables en estudio y la forma que estas se manifiestan en la población.

Método de análisis

Este método nos permio llevar una secuencia lógica, sistematizada y coherente garantizando así, un proceso investigativo de calidad y rigidez científica que permitió estudiar el conocimiento que tiene el personal sobre los registros de enfermería y su aplicación en el diario laboral, en análisis de manera aislada; separando las partes, permitirá obtener un conocimiento claro sobre los principios básicos de las variable, y luego poder establecer relaciones entre sí.

Métodos de síntesis.

Este método permitió presentar la totalidad de las partes reunidas por la configuración de sus redes de relación entre sí, esto dio vida a los datos encontrados y facilito el establecer relaciones que facilitaron la comprobación de Hipótesis.

Método científico.

Oriento el proceso de la investigación y concedió poner a prueba las hipótesis utilizando instrumentos y técnicas de investigación, mediante la aplicación de un proceso sistemático y ordenado.

Método estadístico

Se logró a través del método porcentual, facilitar la organización, análisis e interpretación de datos. Esto se realizó mediante la selección e inserción de datos recolectados en una hoja de cálculo en Excel en la que se obtuvieron los porcentajes utilizados en la presentación de datos. Además para la comprobación de hipótesis fue necesario cálculos matemáticos para obtener X^2 (chi-cuadrado).

4.5.2 Técnicas

Para la ejecución de la investigación se aplicó las siguientes técnicas:

4.5.2.1 Revisión documental.

Esta técnica permitió obtener de primera mano los hechos y las circunstancias que establecen relación entre los conocimientos que tiene el personal de enfermería sobre los registros y su aplicación en el expediente clínico. Se comprende de una guía de revisión documental, divida por segmentos según las hojas del expediente en estudio, la cuadrícula de signos vitales, hoja de indicaciones médicas y notas de enfermería.

4.5.2.2 Encuesta.

Esta facilitó el contacto directo con las unidades de análisis y se midió el grado de conocimiento del personal, ya que ellos mismos llenaron los instrumentos y respondieron lo que consideraron pertinente.

4.5.3 Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron los siguientes:

4.5.3.1 Cuestionario.

El cuestionario se dirigió al personal de enfermería que labora en los servicios Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, con el objetivo de recolectar información sobre los conocimientos que poseen en relación a los registros de enfermería sobre la cuadrícula de signos vitales, hoja de indicaciones médicas y las notas de enfermería.

El cuestionario consto de 20 preguntas divididas en tres apartados: (Ver anexo N° 5)

1. Conocimientos sobre el registro en la hoja de signos vitales.
2. Conocimientos sobre el registro en la hoja de indicaciones médicas.
3. Conocimientos sobre los lineamientos legales de las notas de enfermería.

4.5.3.2 Guía de revisión documental.

La guía de revisión documental constituyo las siguientes partes, registro en de la hoja de signos vitales, en la hoja de indicaciones médicas y la evaluación general de la aplicación de los lineamientos legales de las notas de enfermería, cada una con sus respectivos aspectos específicos a observar delimitado en dos opciones y su respectiva observación. (Ver anexo N° 6).

4.6 Procesamiento.

4.6.1 Prueba piloto.

La prueba piloto se realizó el día 15 de diciembre del 2017 en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, con la previa aprobación de las autoridades del Departamento de enfermería y jefa del servicio de medicina interna, según la metodología planificada, se tomó al azar tres profesionales de enfermería que representaron al 10% del total de la población, ellas cumplían con características similares a la población de estudio, ya que de igual forma se realizan actividades similares como proporción de dieta, cuidados higiénicos, cumplimiento de medicamentos en ambos servicios.

Se les entrego un consentimiento informado el cual firmaron, junto a un cuestionario de 25 preguntas a cada uno (Ver anexo N° 7), además se empleó una guía de revisión documental a un expediente a su cargo durante el turno, se tomó un tiempo aproximado de 45 minutos cada una.

Los datos obtenidos debido a su poca cantidad se ordenaron de forma manual en tablas de frecuencia simple, para aplicar la prueba del Chi Cuadrado a los instrumentos aplicados se cruzó cada opción evaluada. De las 25 preguntas, se anularon 5, entre ellas la pregunta

número 2, que tenía similitud con la numero 1, se eliminaron las preguntas 6, 7 y 18 ya que no reflejaban relación con la guía de revisión documental y la pregunta 23 debido a que la pregunta hace referencia a un registro de enfermería que no se aplica en el Hospital.

El cuestionario se validó con 20 preguntas con cambios en la redacción de algunas preguntas, se mejoró la comprensión y claridad del mismo, dejando más concreta su relación con la guía de revisión documental.

Organización para la realización de prueba piloto.

Responsable.	Cuestionario.	Guía de observación.	Fecha.
Katherine Rivera	1	1	15-12-17
Jaime Canjura	1	1	15-12-17
Nelly Viscarra	1	1	15-12-17
Total.	3	3	

4.6.2 Plan de recolección de datos.

Organización para la recolección de la información.

Servicio.	Estudiantes	Estudiantes egresados de licenciatura en enfermería			
		Fecha y números de instrumentos			
		3° semana de enero		4° semana de enero	
		Cuestionario.	Guía de revisión documental.	Cuestionario.	Guía de revisión documental
Pediatría.	Abigail Rivera.	5	5	5	5
Pediatría	Oscar Sosa. Colaborador	5	5	4	4
Cirugía Oqueli.	Nelly Viscarra.	3	3	3	3
Cirugía Oqueli.	Jaime Canjura	3	3	3	3
Total	4	16	16	15	15

La recolección de la información se realizó previa coordinación con las autoridades de dicho Hospital y de la carrera de Licenciatura en Enfermería, se ejecutó entre el 17 al 30 enero del 2018, se encuestaron a 31 profesionales de enfermería, y se aplicó la guía de revisión documental a 31 expedientes.

4.6.3 Plan de procesamiento de datos.

Posterior a la recolección de la información, se procedió a la tabulación de resultados de forma manual el cual facilito la tabulación de los datos y su posterior análisis e interpretación de los mismos.

Se utilizó la siguiente matriz:

Cuadro N°

Título:

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Total		

Dónde:

Alternativa: Fueron las respuestas planteadas en los instrumentos de investigación.

Frecuencia: Fue el número de veces que se repitió un dato, según la respuesta obtenida de parte de las enfermeras.

Porcentaje: La cuantificación porcentual multiplicando la frecuencia por cien dividida entre la población encuestada.

Total: Dato final de la cuantificación de la frecuencia y el porcentaje respectivamente.

4.6.4 Plan de análisis e interpretación de datos.

Se procedió a realizar el análisis e interpretación de cada uno de los datos obtenidos y asociados según variables estudiadas, los que sirvieron de base para el análisis de resultados.

4.6.5 Comprobación de hipótesis.

La prueba estadística seleccionada para el procedimiento de prueba de hipótesis, fue la de chi-cuadrado.

La prueba de chi cuadrado se usa cuando los datos que se obtienen son de nivel nominal (asigna sujetos a categorías). Esto significa que en lugar de medir los puntajes de los sujetos, solo es posible asignar los sujetos a una o más categorías. La prueba Chi cuadrada no considera relaciones causales, solamente evalúa hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

La prueba de chi cuadrado es un método útil que tiene como objetivo, comparar la frecuencia observada (O) y la frecuencia esperada (E), en un cuadro de doble entrada para cada una de ellas y para cada variable dependiente.

Por tal razón se utilizó esta prueba estadística para la evaluación de las hipótesis planteadas, acerca de la relación de las variables conocimiento sobre los registros del cuidado de enfermería y su aplicación por el personal de enfermería siendo este un estudio correlacional las variables pueden ser estadísticamente independientes o no estar relacionadas.

El valor observado del estadístico X^2 (chi-cuadrado), se representa por la siguiente formula:

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} \right]$$

Dónde:

X^2 = Chi cuadrado.

\sum = Sumatoria.

F_o = Frecuencia observada de realización de un acontecimiento determinado.

F_e = Frecuencia esperada o teórica.

Procedimiento para el cálculo de chi cuadrado:

Teniendo las frecuencias teóricas esperadas, se restó cada frecuencia observada menos la esperada de cada nivel del pre test y post test, seguidamente al resultado de esta se restó de cada uno, se obtuvo el cuadrado, luego se dividieron los resultados uno a uno entre la frecuencia esperada y se sumaron todos los resultados para sacar la sumatoria general que es chi cuadrado calculado.

Se elaboró una tabla de contingencias de asociación 2X2 para establecer la relación entre las variables.

Nº de cuadro.

Título del cuadro.

Variable independiente	Variable dependiente				Total
	Alternativa	Alternativa	Alternativa	alternativa	
Alternativa	Fr	Fr	Fr	Fr	
Alternativa	Fr	Fr	Fr	Fr	
Total					

A continuación, se detallan los elementos que anteceden al cuadro:

Nº de cuadro: Indica la numeración y correlatividad de las preguntas.

Título del cuadro: Denota el contenido de una pregunta según indicador explorado.

Elementos del cuadro:

Variable: En la cual se determinó en la variable independiente y la variable dependiente que se pretendió asociar.

Alternativa: Son las opciones de respuesta.

Frecuencia: Es el número de veces que aparece o se repite un dato.

Total: Representa la totalidad de los datos.

Para obtener la frecuencia esperada se utilizó:

$$F_e = \frac{tfxtc}{tn}$$

Dónde:

Fe: Frecuencia esperada

tf: Total de fila

tc: Total de columna

tn: Total de población

Datos que se vaciaron en la siguiente matriz.

F_o	F_e	$F_o - F_e$	$F_o - F_e^2$	$F_o - F_e^2$	x^2C	x^2T
				$x^2 = \Sigma$		
Total						

Dónde:

F_o = Corresponde a la frecuencia observada.

F_e = Corresponde a la frecuencia esperada.

$F_o - F_e$ = Corresponde a la frecuencia observada menos la frecuencia esperada.

$(F_o - F_e)^2$ = Corresponde a la frecuencia observada menos la frecuencia esperada elevada al cuadrado.

Para calcular el Chi cuadrado teórico primero se determinaron los grados de libertad donde se aplicó la siguiente formula:

$$Gl = (F-1) (C-1).$$

Dónde:

Gl = Grados de libertad.

F. = Número de filas.

C. = Número de columnas.

Esta es la presentación manual de cómo se operó matemáticamente el Chi cuadrado como comprobación de hipótesis. El análisis de los resultados de la prueba de hipótesis, se realizó de la siguiente manera:

Si el valor del chi cuadrado calculado es mayor o igual al chi cuadrado teórico, se acepta la hipótesis específica y se rechaza la hipótesis nula lo que significa que existe relación en el estudio.

Si el valor del chi cuadrado calculado es menor al chi cuadrado teórico se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis específica lo que significa que no existe relación entre las variables en estudio.

Por lo tanto a través del chi cuadrado se identificó, si el conocimiento de los registros de enfermería tiene de manera estricta relación con la aplicación de los mismos en el expediente clínico.

El grado de significancia es el error que se puede cometer al rechazar la hipótesis nula siendo verdadera por lo que se trabajara con un nivel de significancia de 0.05 que indica que hay una probabilidad de 0.95 de que la hipótesis de trabajo sea verdadera.

4.7 Aspectos éticos de la investigación.

Para la ejecución de la investigación se tomó en cuenta los siguientes principios éticos que según Polit Hungler, deben ser aplicados al realizar investigaciones científicas en las ciencias de la salud. El accionar de todo profesional de enfermería tiene como base la ética, la cual juega un papel importante en la investigación, ya que se aplica a seres humanos que requiere un análisis cuidadoso respetando derechos, valores y principios; es por eso que en

esta investigación sobre Conocimiento de los registros del cuidado de enfermería relacionado con su aplicación por el personal de enfermería que labora en los servicios de Cirugía Oquellí y pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan Jose Fernandez, se tomaron en cuenta los tres principios éticos aplicados a la investigación: Beneficencia, Respeto a la Dignidad Humana y Justicia.

Ante el principio de Beneficencia los profesionales de enfermería fueron analizados según las variables en estudio cumpliendo las dimensiones de: no sufrir daño durante la participación y que la información proporcionada no se utilizara en su contra. Con el cumplimiento de estas dimensiones no se pone al personal en condiciones de desventaja ya que, con este principio ético se espera por sobre todas las cosas no dañar a los participantes.

El Respeto a la Dignidad Humana involucra dos dimensiones, la primera de ellas se refiere a la autodeterminación la cual le concede el derecho al participante de decidir su participación voluntaria en la investigación y a decidir cuándo dar por finalizada su participación sin ser amenazados o sufrir represarías.

El conocimiento irrestricto de la información representó la segunda dimensión. Esta dimensión concedió la oportunidad de poder obtener una descripción detallada de los diferentes aspectos de la investigación como lo es la naturaleza del estudio, responsabilidades del investigador y los posibles riesgos y beneficios entre otros.

Finalmente, el principio de Justicia le garantizo al personal, el saber que durante la investigación se cumplieron sus derechos de recibir un trato justo y que se velara por su derecho de privacidad.

Estos principios se tomaron en cuenta durante el desarrollo de la investigación. Al momento de la recolección de la información se entregó un consentimiento informado (Ver anexo N° 8) en el cual se aplicó el principio de Beneficencia y respeto a la dignidad humana. Al momento de la tabulación análisis e interpretación de la información se cumplió el principio de justicia al plasmar los datos obtenidos verídicos, sin ningún tipo de manipulación para la beneficencia del grupo investigador.

CAPITULO V

5. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 Presentación de resultados

5.1.1 Generalidades

Distribución porcentual de enfermeras/os según grado académico

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Técnico en enfermería	15	48.40 %
Tecnólogo en enfermería	2	6.45 %
Enfermera graduada	6	19.35 %
Licenciada en enfermería	8	25.80 %
Total	31	100 %

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de cirugía Oqueli y pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018

El personal de enfermería en sus diferentes grados académicos que conformo la población estudio fueron técnicos en un 48.40%, y el otro 51.60% son tecnólogos, enfermeras graduadas y licenciadas, lo que garantiza la calidad de la atención brindada al paciente.

5.1.2 Presentación de las variables de conocimiento sobre el registro del cuidado de enfermería relacionado con su aplicación por el personal de enfermería.

5.1.2.1 Conocimiento y aplicación del registro en la hoja de signos vitales en el expediente clínico.

Cuadro No.1

Distribución porcentual sobre el conocimiento y la aplicación del registro de los datos de identificación en la hoja de signos vitales.

Alternativa	Fr	%				
a) Nombres y apellidos del paciente, edad, número de registro, Servicio hospitalario y número de unidad	6	19.35 %				
b) Estrictamente los nombres y apellidos del paciente, es decisión de la enfermera si incluye más datos	0	0 %				
c) Nombres y apellidos del paciente, edad, número de registro, Servicio hospitalario y número de unidad, fecha de ingreso, días de estancia hospitalaria.	25	80.65%				
d) Nombres y apellidos del paciente y número de registro	0	0 %				
Total	31	100 %				
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018						

Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
					Fr	%
- Nombre completo.	31	100%	0	0%	31	100%
- Numero de Registro.	30	96.77%	1	3.23%	31	100%
- Edad	25	80.64%	6	19.36%	31	100%
- Servicio Hospitalario	25	80.64%	6	19.36%	31	100%
- Fecha de ingreso hospitalario	31	100%	0	0%	31	100%
- Días de estancia hospitalaria.	31	100%	0	0%	31	100%
Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018						

Los resultados reflejan que el 80.65% de las enfermeras conoce los datos de identificación que compone la hoja de signos vitales del expediente clínico, a pesar de esto hay datos que no se registraron en los expedientes revisados como la edad y el servicio hospitalario, ambos con porcentaje de 19.36% del total de expedientes por lo que se sugiere una debida identificación de la hoja de signos vitales, el hecho de tener un nombre asegurará los derechos. Documentos legales como el expediente clínico deben identificarse en hojas como la de signos vitales, datos como el nombre completo, número de registro, edad, servicio hospitalario, fecha de ingreso y estancia hospitalaria, al estar correctamente registrados disminuyen la posibilidad de confusiones, el personal de enfermería registra todos estos datos con una frecuencia arriba del 80.64%, representa una debida identificación de la información clínica del paciente en el expediente clínico.

Cuadro No.2

Distribución porcentual sobre el conocimiento y la aplicación del color y escala a utilizar para graficar signos vitales.

Alternativa	Fr	%
a) Color según el turno ambos valen dos	5	16.13 %
b) Pulso azul (4) y temperatura rojo (2).	0	0%
c) Pulso rojo (4) y temperatura azul (2).	26	83.87 %
d)No hay color específico y ambos valen 4)	0	0 %
Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
					Fr	%
- Registro de pulso(4) (lápiz rojo)	29	93.55%	2	6.45%	31	100%
- Registro de la temperatura (2) (lápiz azul).	29	93.55%	2	6.45%	31	100%
Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018						

El 83.87% de la población investigada tiene el conocimiento sobre el color y la escala que se utiliza para la anotación del pulso y la temperatura en la hoja de signos vitales, con respecto a la aplicación del color y la escala para anotar estos signos vitales en el expediente, un 16.13% no registra adecuadamente estos datos, lo que dificulta identificar los valores alterados en la temperatura y el pulso siendo estos signos vitales que en estado mórbido, suelen modificarse y su correcto registro permite identificar, alteraciones por alguna patología o medicamentos, lo que vuelve de suma importancia, que la enfermera registre y lleve control de estos.

Cuadro No.3

Distribución porcentual sobre el conocimiento y la aplicación del registro de la presión arterial y la frecuencia respiratoria en la hoja de signos vitales.

Alternativa	Fr	%	Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
a) Debe anotarse en la cuadrícula por turno.	8	25.81 %						Fr	%
b) No es necesario su anotación, es propio del médico.	0	0%	- Registro de la presión arterial según turno	10	*32.26%	21	*167.74%	31	100%
c) No es parte de los elementos de la cuadrícula.	8	25.81 %	-Registro de respiraciones según turno	0	*0%	31	*2100%	31	100%
d) Debe anotarse en la cuadrícula.	15	48.39 %							
Total	31	100 %							
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018			Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018						

El 48.39% de las enfermeras refiere que la presión arterial y las respiraciones deben anotarse en la cuadrícula, un 25.81% tiene el conocimiento que debe anotarse en la cuadrícula por turno, y un 25.81 % afirma que no es parte de los elementos de la cuadrícula, en la aplicación el *167,74 % no registra la presión arterial y el *2100% no registra las respiraciones en la hoja de signos vitales.

*1*2Estos datos lo registran en otra hoja de control de signos no específica de enfermería, lo que puede llevar a confusiones con la papelería médica (Ver anexo N° 7). Teniendo en cuenta que el ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria son parte de los signos vitales y su registro es importante para un óptimo control ya que permite la vigilancia del estado de salud del paciente según su riesgo, y su anotación en la hoja correspondiente optimiza el material disponible y visibiliza la labor de enfermería, siendo necesario reflejar estos datos en una hoja específica para enfermería donde se garantice un control estricto de estos signos.

Cuadro No.4

Distribución porcentual sobre el conocimiento y la aplicación en el registro del ingreso de dieta y líquidos en la hoja de signos vitales.

Alternativa	Fr	%
a) Tipo de dieta, líquidos por vía oral, líquidos adquiridos por otras vías.	8	25.81 %
b) Tipo de dieta	8	25.81 %
c) Solo lo ingerido por vía oral	15	48.39 %
d) Ninguna de las anteriores	0	0 %
Total	31	100 %

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018

Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
					Fr	%
- Registros de tipo de dieta	27	87.1%	4	12.90%	31	100%
-Registro de líquidos por vía oral	20	64.52%	11	35.48%	31	100%
- Registro de líquidos por otras vías	22	70.97%	9	29.03%	31	100%

Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018

Del total de las enfermeras el 48.39 % consideran que el ingreso de líquidos al paciente y su registro es solo lo ingerido por vía oral, mientras que un mínimo del 25.81 % contestó que el tipo de dieta, líquidos por vía oral y líquidos administrados por otras vías, son formas de ingreso al paciente y deben ser registrados según las indicaciones médicas; los resultados obtenidos en la guía de revisión documental reflejan que la mayoría de las enfermeras registran las formas de ingresos de líquidos al paciente, y el 35.48% no registra la ingesta por vía oral.

El ingreso de líquidos al paciente, por vía oral, vía parenteral u otras vías como la alimentación por sonda, son formas en la que el paciente obtiene los nutrientes necesarios durante la estancia hospitalaria, y el registro de todos estos elementos son básicos para evaluar la evolución del estado del paciente lo que representa un buen control en el registro de estas indicaciones en el expediente clínico.

Cuadro No.5

Distribución porcentual del conocimiento y la aplicación del registro de datos sobre la eliminación de desechos del paciente en la hoja de signos vitales.

Alternativa	Fr	%	Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
								Fr	%
a) Las evacuaciones se registran una vez al día.	2	6.45 %	- Registro de orina total	12	38.71%	19	61.29%	31	100%
b) La orina total, evacuaciones y vómitos se registran por turno.	25	80.64 %	- Registro de evacuaciones	25	80.65%	6	19.35%	31	100%
c) No es necesario anotarlo	4	12.90 %	-Registro de vómitos	10	32.25%	21	67.75%	31	100%
d) Solo se registra en la hoja de balance hídrico.	0	0 %							
Total	31	100 %							
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018			Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018						

El 80.64% de las enfermeras tiene conocimiento sobre la eliminación de desechos, en la hoja de signos vitales es el registro de la orina total, evacuaciones y vómitos por turno, mientras que un 6.45 % tiene como respuesta registrar las evacuaciones una vez al día. En la guía de revisión documental un 61.29% de los expedientes no tenían anotados datos como la orina total y los vómitos, al no encontrar anotación en la hoja de signos vitales, no se determina si el paciente tuvo algún tipo de eliminación o no, por lo que es importante que la enfermera siempre lo registre por turno para un mejor control de la eliminación de desechos del paciente y que debe ser proporcional a lo que ha este ingresa, en su mayoría conoce lo que debe registrar, pero al aplicarlo debe asegurarse de anotar completa las formas de eliminación en la hoja de signos vitales.

5.1.2.2 Conocimiento y aplicación del registro en la hoja de indicaciones médicas en el expediente clínico.

Cuadro No.6

Distribución porcentual del conocimiento y aplicación del registro sobre el cumplimiento de acciones de enfermería en la hoja de indicaciones medicas

Alternativa	Fr	%	Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
								Fr	%
a) Solamente registro de tipo de dieta, cumplimiento de medicamento, y toma de exámenes.	0	0 %	- Tipo de dieta	27	87.1%	4	12.90%	31	100%
b) El registro del tipo de dieta, toma de signos vitales, cumplimiento de medicamentos, toma de exámenes, interconsultas y procedimientos especiales.	31	100 %	- Toma de signos vitales	28	90.32%	3	9.68%	31	100%
c) Solamente lo que está pendiente de realizar con lápiz.	0	0 %	- Administración de medicamentos con hora, firma y fecha de cumplimiento.	23	74.20%	8	25.80%	31	100%
d) Ninguna es correcta	0	0%	- Toma de exámenes con hora y firma.	15	48.38%	16	51.62%	31	100%
Total	31	100 %	- Cumplimiento de interconsulta o procedimientos especiales con fecha y hora.	23	74.20%	8	25.80%	31	100%
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018			Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018						

El 100% de la población en estudio, tiene conocimiento que las acciones de enfermería que registra en la hoja de indicaciones médicas son el tipo de dieta, toma de signos vitales, cumplimiento de medicamentos, toma de exámenes, interconsultas y procedimientos realizados al paciente, en la guía de revisión documental se refleja que no todos los expedientes tenían anotadas estas acciones, pero como principal observación es la forma de anotar, en la cual no especifican la hora, fecha, ni la persona quien hizo la acción, por ejemplo en el 51.62% de los expedientes no estaban registrados correctamente con firma, fecha y hora lo que no hace visible la acción de enfermería, garantizando el cumplimiento del tratamiento lo que beneficia al paciente, además es un respaldo legal que responsabiliza al personal de enfermería en su accionar.

Cuadro No.7

Distribución porcentual del registro de medicamentos e indicaciones en general.

Alternativa	Fr	%
a) Anotar fecha, hora y firma.	31	100%
b) Anotar firma.	0	0%
c) Solo colocar si se cumple	0	0 %
d) Solo chequearlo.	0	0%
Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
					Fr	%
Registro de administración de medicamentos con hora, firma y fecha de cumplimiento.	23	74.20%	8	25.80%	31	100%
Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018						

El 100% de las enfermeras tienen el conocimiento de que las indicaciones medicas se registran con fecha, hora y firma, en la hoja correspondiente del expediente clínico, siendo esta la forma correcta de anotarlo, y de hacer manifiesto el accionar de enfermería, a pesar que el personal conoce, los resultados reflejan que solo un 74.20 % lo aplica en la hoja de indicaciones medicas.

Cuadro No.8

Distribución porcentual del conocimiento y la aplicación del registro de enfermería y las intervenciones realizadas por otro profesional de salud en la hoja de indicaciones médicas.

Alternativa	Fr	%
a) No se registra porque no es intervención de enfermería	3	9.68%
b) Interconsultas y procedimientos especiales se anota con fecha y hora.	20	64.52%
c) Lo registra el responsable de realizar la intervención en la hoja de indicaciones médicas.	8	25.81%
d) Ninguna es correcta	0	0%
Total	31	100 %

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018

Alternativa Revisada	Fr	%
Registra el cumplimiento de interconsulta o procedimientos especiales con fecha y hora.	23	74.20%
No registra el cumplimiento de interconsulta o procedimientos especiales con fecha y hora.	8	25.80%
Total	31	100 %

Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018

El 64.52% tiene el conocimiento de que las interconsultas y procedimientos especiales se registran con fecha y hora, y un mínimo del 9.68% considera que no se registra, por no ser intervención de enfermería, el registro de este tipo de indicaciones es importante para demostrar que el tratamiento del paciente se está cumpliendo. En la guía de revisión documental un 74.20% de los expedientes, tenía estas anotaciones, de lo cual se podría afirmar que enfermería se asegura en registrar las intervenciones a pesar de que otro profesional realice dicha intervención, y así satisfacer las necesidades del paciente, el registro del cumplimiento de la indicación médica puede respaldarse con una nota en el expediente clínico, permitiendo así cierta comunicación entre los profesionales de salud.

Cuadro No.9

Distribución porcentual del conocimiento y la aplicación de los aspectos que indica que la enfermera ha revisado las indicaciones médicas.

Alternativa	Fr	%
a)Firma y hora de revisión de enfermera/o por turno	20	64.52%
b)El registro del cumplimiento de cada indicación	6	19.35 %
c)El registro en la nota de enfermería	5	16.13 %
d)La tarjeta de cuidados	0	0%
Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

Alternativa Revisada	Fr	%
Firma y hora de revisión de enfermera/o por turno	20	64.51%
No firma y hora de revisión de enfermera/o por turno	11	35.49%
Total	31	100 %
Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

Del total de la población un 64.52% conoce la revisión de indicaciones médicas se indica por medio de firma y hora por turno, un 19.35% considera que se realiza por el cumplimiento de cada indicación y un 16.13% refiere que se realiza en la nota de enfermería, en la guía de revisión documental se considera que las enfermeras aplican su conocimiento, ya que el 64.51% del total de los expedientes tenían la firma y hora de la actualización de las indicaciones médicas de ese turno, teniendo en cuenta que la actualización es la forma de adquirir o sustituir la información que se tiene por otra con mayores beneficios, como en el caso de las indicaciones médicas que van cambiando según las necesidades del paciente para lograr su mejoría. La enfermera demuestra de forma escrita con firma y hora de revisión, que es de su conocimiento el tratamiento del paciente y las indicaciones a cumplir, poco más de la mitad de la enfermeras, el 64.51% registran la actualización de las indicaciones, es importante que se refuerce las anotaciones en el expediente clínico.

5.1.2.3 Conocimiento y aplicación de la enfermera de los lineamientos en las notas de enfermería.

Cuadro No10

Distribución porcentual de los parámetros a tomar en cuenta en la redacción de notas de enfermería según la unidad de enfermería Ministerio de salud, el CSSP y la Junta de Vigilancia de la profesión de enfermería.

Alternativa	Fr	%
a) Estándares de notas de enfermería.	6	19.35 %
b) Lineamientos de notas de enfermería.	20	64.52%
c) Elementos de notas de enfermería según la Organización Mundial de la Salud.	5	16.13 %
d) Lineamientos institucionales.	0	0%
Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

El 64.52 % de las enfermeras tienen de conocimiento que los parámetros a tomar en cuenta en la redacción de las notas de enfermería se encuentran en los lineamientos de las notas de enfermería según el CSSP, un 19.35% manifiesta que son los estándares de nota de enfermería un 16.13% considera que son los elementos de notas según la Organización Mundial de la Salud, esto vuelve importante el refuerzo en estos lineamiento el cual es un documento elaborado por el CSSP, donde plasma los elementos, parámetros, aspectos y características a utilizar para elaborar las notas de enfermería, así también cubre los aspectos legales que rigen el accionar de enfermería lo que vuelve de suma importancia que el personal conozca plenamente sobre ellos para elaborar una nota con los elementos que lleva inmerso, lo que vuelve necesario reforzar los conocimientos del personal sobre esta temática.

Cuadro No11

Distribución porcentual del conocimiento y la aplicación de las características que debe tener una nota de enfermería.

Alternativa	Fr	%	Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
								Fr	%
a) Exactitud e integridad	1	3.22 %	-Exactitud (orden lógico y cefalocaudal)	25	80.65%	6	19.35%	31	100%
b) Uso de tinta según turno y condición general del paciente.	4	12.90%	- Integridad(sin tachones, ni enmendaduras)	23	74.20%	8	25.80%	31	100%
c) Ser concreta describiendo solo novedades del paciente.	0	0%	- Uso de tinta según turno(Azul de día, rojo de noche)	31	100%	0	0%	31	100%
d)A y b son correctas	26	83.87 %	-Descripción general del paciente	21	67.75%	10	32.25%	31	100%
Total	31	100 %							
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018			Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018						

El 83.87% de la población de enfermería investigada tiene como conocimiento, que las características de una nota de enfermería son la exactitud, integridad, el uso de tinta según turno y la condición general del paciente, y que estas son parte de un conjunto, el 16.13% de la población si las reconoce, pero individualizandolas de forma errónea. Reflejado en la guía de revisión documental cada característica es bien aplicada en las notas de enfermería, el 100% utiliza el color correspondiente según el turno, el 67.75% de los expedientes, sus notas demostraban integridad, orden lógico, pero un 32.25% de ellas no realizaba una descripción general del paciente, al revisar se determinó que en estas características se debe hacer un mayor énfasis para que sean mas claras, al conocer la enfermera estas características da sentido, orden lógico y cronológico a las notas de enfermería, y pone en evidencia su accionar y garantiza la continuidad del cuidado, todo esto debe reflejarse en cada nota de enfermería, es de beneficio para el personal ya que facilita la comunicación entre el equipo de salud, por lo que se considera importante que se refuerce el tema.

Cuadro No12

Distribución porcentual del conocimiento y la aplicación de los componentes técnicos legales de la nota de enfermería.

Alternativa	Fr	%
a) Un contenido sistemático, claro, concreto, preciso, breve y objetivo.	0	0 %
b) Una narración con orden lógico, vocabulario técnico y sin abreviaturas.	0	0%
c) Que la nota tenga firma, sello y hora.	6	19.35 %
d) Todas las anteriores.	25	80.64 %
Total	31	100 %

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018

Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
					Fr	%
- Hora y fecha	31	1007%	0	0%	31	100%
- Firma según D.U.I.	25	80.64%	6	19.36%	31	100%
- Sello según J.V.P.E.	27	87.1%	4	12.90%	31	100%
-Reflejo orden cronológico, son sistemáticas, con lenguaje claro y técnico.	26	83.87%	5	16.13%	31	100%
-Es lógicas, claras, concretas, precisa, breve, y objetiva.	16	51.61%	15	48.39%	31	100%
- Evita abreviaturas	8	25.80%	23	74.2%	31	100%

Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018

Gran parte de la población el 80.64% de las enfermeras conoce los componetes técnico-legales de una nota de enfermería un mínimo del 19.36% solo conoce la firma, sello y hora como parte de ellos, en la guía de revisión documetal el 100% registra fecha y hora, el 80.64% firma la nota de enfermería; los demas colocan otro tipo de marca o no coloca firma, el 87.10% plasma el sello según JVPE; otros escriben a tinta su número o no coloca el sello, el 83.87 % da orden sistemático a su nota; en el resto, no era claro o no seguía orden, siendo una nota poco comprensible, el 51.61% era precisa, breve y objetiva; el resto solía redundar o no aclarar el objetivo de la nota de enfermería, el 74.20% de las notas de enfermería tenía abreviaturas, unas eran poco legibles o incomprensibles, los componentes antes mencionados deben hacer una nota de enfermería comprensible e informativa tambien para otros profesionales del equipo de salud, en general el personal de enfermería conoce y aplica cada componente técnico-legal en la nota de enfermería, pero debe reforzar en cada uno de los aspectos importantes para acrecentar la credibilidad y legalidad de dicho registro.

Cuadro No13

Distribución porcentual del conocimiento y la aplicación de los componentes de una nota de enfermería según CSSP.

Alternativa	Fr	%
a) Fecha y hora exacta, el contenido sistemático de la nota, firma según DUI, sello por JVPE.	24	77.42%
b) Fecha, hora, nombre de paciente en la nota de enfermería, diagnóstico de enfermería, narración de la condición y sello por JVPE.	7	22.58 %
c) Fecha solo en la hoja de enfermería, el contenido de la nota y firma al final.	0	0 %
d) Ninguna es correcta.	0	0%
Total	31	100 %

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018

Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
					Fr	%
- Hora y fecha	31	100%	0	0%	31	100%
- Firma según D.U.I.	25	80.64%	6	19.36%	31	100%
- Sello según J.V.P.E.	27	87.10%	4	12.90%	31	100%
-Reflejo orden cronológico, son sistemáticas, con lenguaje claro y técnico.	26	83.87%	5	16.13%	31	100%

Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018

El 77.42% de las enfermeras conoce que los componentes de la nota de enfermería según el CSSP, son la fecha y hora exacta, el contenido sistemático de la nota, firma según DUI y el sello por JVPE, el 22.58% restante agrega de forma errónea el diagnóstico enfermero, en la guía de revisión documental, todos estos componentes se observaron en más del 80.64% de los expedientes, por lo que se interpreta que los componentes son bien aplicados en la nota de enfermería, brindando legalidad a las nota de enfermería y en su estructura, al elaborarlas en la hoja de enfermería, reflejan orden y contribuyen en la comprensión de la nota de enfermería, los cuales son bien aplicados por el personal de enfermería.

Cuadro No14

Distribución porcentual del conocimiento de la utilidad de la nota de enfermería

Alternativa	Fr	%
a) Sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal.	1	3.22%
b) Se puede identificar las necesidades de las personas y evaluar la evolución de su enfermedad.	3	9.68%
c) Evidenciar el cumplimiento estricto de las indicaciones médicas en el turno en el que se labora.	0	0%
d) a y b son correctas	27	87.10%
Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oquél y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

Del 100% de las enfermeras, el 87.10% tiene el conocimiento de la utilidad de la nota de enfermería, que es brindar información del paciente como un documento científico legal, y ayuda a evaluar la evolución del estado del paciente, el resto de la población no conoce que ambos aspectos la conforman en la nota de enfermería, dicha utilidad hace referencia a que por medio de sus funciones se logran objetivos, y trae beneficios, en el caso de las notas de enfermería, el cumplimiento de sus características y la aplicación de sus componentes, logran cumplir con la utilidad de la nota de enfermería y conseguir su objetivo, brindar de forma integral la información del estado del paciente, y servir de medio de comunicación entre el personal de salud, siendo benéfico para el personal que labora en estos servicios, que arriba un 87.10% conozca que comprende la utilidad de la nota de enfermería.

Cuadro No15

Distribución porcentual del conocimiento y la aplicación de las observaciones a registrar de la condición del paciente

Alternativa	Fr	%
a) Objetivas solo lo que la enfermera observa	0	0%
b) Subjetivas solo lo que el paciente dice	0	0%
c) Objetivas y subjetivas.	30	96.78%
d) Lo que la enfermera considere necesario.	1	3.22 %
Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

Alternativa Revisada	Fr SI	%	Fr NO	%	TOTAL	
					Fr	%
- Observaciones objetivas de la enfermera	26	83.87%	5	16.13%	31	100 %
- Observaciones subjetivas del paciente o cuidador	8	25.80%	23	74.20%	31	100 %
Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018						

El 96.78% de las enfermeras conoce que las observaciones a registrar sobre la condición del paciente deben ser objetivas y subjetivas, un mínimo del 3.22% respondió que se debe anotar solo lo que la enfermera considere necesario, en la guía de revisión documental, la gran mayoría el 83.87% registra sus observaciones objetivas, destacando que el 74.20% no registra la observaciones subjetivas, es importante que la enfermera tenga en consideración la opinión del paciente y que debe reflejarlo en la nota para demostrar una buena comunicación de enfermera-paciente. Las observaciones objetivas son las que la enfermera hace por medio de su experiencia y conocimiento, y las observaciones subjetivas son las que hace el paciente o cuidador con sus propias palabras, a la vez le da mayor legitimidad a consensos o acuerdos tomados con pacientes y profesionales de salud, por lo que se insta a que se haga registro de lo que refiera el paciente, ya que solo el 25.80% lo registra.

Cuadro No16

Distribución porcentual del conocimiento de las consideraciones que debe tener la enfermera al momento de registrar.

Alternativa	Fr	%
a) Objetividad, precisión, exactitud, legibilidad y simultaneidad	28	90.33 %
b) Solo anotar la fecha cada vez que se registra	0	0%
c) Legibilidad, claridad y simultaneidad	2	6.45 %
d) Objetividad, precisión y exactitud	1	3.22 %
Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oquél y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

El 90.33% de las enfermeras conoce cuáles son las consideraciones al momento de registrar, la objetividad, precisión, exactitud, legibilidad y simultaneidad en su conjunto completo, el resto de las enfermeras las reconoce de forma individual, es importante que se tengan en cuenta al momento de registrar, para hacer una buena anotación de enfermería, ya que permiten que el registro sea eficaz, efectivo y eficiente, para poder compartir la información del paciente entre el personal de enfermería y el equipo de salud, será de importancia destacar que deben procurar aplicarlo en todos los registros que elaboran.

Cuadro No17

Distribución porcentual del conocimiento y la aplicación del registro del objetivo de la nota de enfermería.

Alternativa	Fr	%
a)Llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado de la persona	28	90.33 %
b)Dejar constancia de los problemas presentados por la persona y cuidados de enfermería brindados, registrar todos los procedimientos	0	0%
c)Dejar constancia del trabajo realizado por la enfermera, para evitar sanciones	2	6.45%
d)A y b son correctas	1	3.22 %
Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

Alternativa Revisada	Fr	%
- Describe el estado del paciente, a efectividad de los cuidados, tratamiento y medicamentos.	23	74.2%
-No describe el estado del paciente, ni la efectividad de los cuidados, tratamiento y medicamentos.	8	25.80%
Total	31	100 %
Fuente: Guía de revisión documental aplicado a expediente clínico a cargo de la enfermera de turno de los servicios de Cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

El 90.33% de las enfermeras identifica como único objetivo “llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado de la persona”, dejando por fuera que debe dejar constancia de los problemas presentados por el paciente, los cuidados de enfermería y procedimientos realizados, el 6.45% cree que el objetivo es evitar sanciones, un mínimo 3.22% conoce ambos objetivos, en la guía de revisión documental el 74.20% refleja en su contenido el objetivo de la nota de enfermería, en el personal de enfermería será importante reforzar el conocimiento ya que el 25.80% no refleja el objetivo en su nota, a pesar de conocerlo.

Cuadro No18

Distribución porcentual del conocimiento de los estándares legales en el registro, faltas y penalizaciones al profesional de enfermería.

Alternativa	Fr	%
a) Código de salud	0	0 %
b) Código penal	1	3.22 %
c) Solo en la Junta de Vigilancia para la Profesión de Enfermería	3	9.68 %
d) a y b son correctas	27	87.10 %
Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

Del 100% de personal de enfermería, el 87.10% de ellas conoce que los estándares legales sobre faltas y penalizaciones se encuentran en el código de salud y código penal, el 9.68% cree que es disposición de la J.V.P.E y un 3.22% del código penal, por lo que se considera importante aclarar las funciones de cada uno. Los estándares legales son aquellos que sus funciones giran en marco de lo legal, civil y penal, cada componente tiene funciones específicas, diferentes líneas de acción a seguir, y una diferente disposición o nivel dentro de lo legal, por ejemplo: el código de salud instituye las reglas, la J.V.P.E aplica amonestaciones o faltas y el código penal establece sentencias o condenas, lo que vuelve importante que el personal de enfermería deba conocer sobre ellas, para el ejercicio ético de la profesión.

Cuadro No 19

Distribución porcentual del conocimiento de la siguiente definición: la nota de enfermería donde se registra en prosa los datos en secuencia cronológica a medida que se producen las acciones en el tiempo, describiendo la información que obtenemos del paciente.

Alternativa	Fr	%
a) Nota narrativa	9	29.04 %
b) Formato SOIPIE	15	48.39 %
c) Nota focalizada	5	16.12 %
d) Nota de recibo	2	6.45 %
Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oquely y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018		

El concepto presentado es la definición de la nota de enfermería tipo narrativa del cuál conoce solo el 29.04% de las enfermeras investigadas, significa que la mayoría de las enfermeras no posee el conocimiento de lo que es una nota de enfermería narrativa, los diferentes porcentajes sugieren confusión hacia el termino presentado de parte de las enfermeras. Las notas de enfermería son el registro integral sobre el cuidado brindado al paciente y puede ser presentado de diferentes maneras, según lo que se aplique por la institución prestadora de servicios de salud, es importante que la enfermera conozca los diferentes tipos de registro para poder aplicarlo según su practicidad o como actualización en el conocimiento, a pesar que el personal de enfermería aplica la nota narrativa no logró reconocer su definición, debido a esto se considera importante reforzar sobre el tema.

Cuadro No 20

Distribución porcentual del conocimiento de la siguiente definición: la nota que utiliza palabras claves que describen lo que está sucediendo al paciente y no se limita a los problemas clínicos.

	Alternativa	Fr	%
a)	Nota narrativa	13	41.93 %
b)	Formato SOIPIE	3	9.68 %
c)	Nota focalizada	15	48.39 %
d)	Nota de recibo	0	0 %
	Total	31	100 %
Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, Enero 2018			

El 48.39% de las enfermeras conoce la definición de la nota focalizada, y más de la mitad de las enfermeras lo desconoce, generando confusión del termino entre los diferente tipos de nota de enfermería, será pertinente detallar en las diferencias de los tipos de notas de enfermería para reforzar esta información en el personal de enfermería. La nota focalizada, no especifica en datos clínicos, por ejemplo el aseo diario, una curación, cambio de acceso venoso o la discusión con un familiar o alguien del equipo de salud, son notas específicas a la situación presentada, es importante que el personal de enfermería conozca este tipo de registro ya que contribuye a visibilizar el trabajo enfermero, en cada cuidado brindado al paciente.

5.2 Comprobación de Hipótesis

Ha1: Existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el registro de la hoja de signos vitales, y su aplicación en el expediente clínico.

V.1 Conocimiento sobre el registro de los datos de identificación en la hoja de signos vitales	V.2 Registro en la hoja de signos vitales con los datos de identificación aplicado en el expediente clínico:		
	Aplica	No Aplica	Total
Conoce	18	7	25
No Conoce	4	2	6
Total	22	9	31

Operando chi cuadrado:

$$Gf = (2-1)(2-1) = 1$$

Fo	Fe	Fo- Fe	(Fo-Fe) ²	x^2C	x^2T
18	17.74	0.26	0.067	0.038	
7	7.26	-0.26	-0.067	0.0093	
4	4.26	-0.26	-0.067	-0.016	
2	1.74	0.26	0.067	0.039	
x^2C				0.068	3.8415

$$x^2C = 0.068 \quad x^2T = 3.8415$$

Para determinar el chi cuadrado teórico se aplicó un nivel de significancia de 0.05 y 1 como grado de libertad, se obtuvo un chi cuadrado calculado de 0.068 y un chi cuadrado teórico de 3.8415.

Al operar el chi cuadrado, se encuentra un chi cuadrado teórico mayor que el un chi cuadrado calculado, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, indicando que no existe relación entre los conocimientos de la enfermera y la forma de aplicarlos dichos conocimientos, específicamente en los datos de identificación en la hoja de cuadrícula de signos vitales.

V.1 Conocimiento sobre el registro del ingreso de líquidos al paciente en la hoja de signos vitales.	V.2 Registro en la hoja de signos vitales al con los datos de ingreso de líquidos al paciente en la hoja de signos vitales		
	Aplica	No Aplica	Total
Conoce	7	5	12
No Conoce	15	4	19
Total	22	9	31

Operando chi cuadrado:

$$GI = (2-1)(2-1) = 1$$

Fo	Fe	Fo- Fe	(Fo-Fe) ²	$\chi^2 C$	$\chi^2 T$
7	8.51	-1.51	-2.28	0.27	
5	3.48	1.52	2.31	0.66	
15	13.48	1.52	2.31	0.17	
4	5.51	-1.51	-2.28	0.41	
$\chi^2 C$				1.51	3.8415

$$\chi^2 C = 1.51 \quad \chi^2 T = 3.8415$$

Para determinar el chi cuadrado teórico se aplicó un nivel de significancia de 0.05 y 1 grado de libertad, como se obtuvo un chi cuadrado teórico de 3.8415 y un chi cuadrado calculado de 1.517.

Aplicando el chi cuadrado, se encontró un chi cuadrado teórico mayor que un chi cuadrado calculado, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, indicando que no existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manejo de la cuadrícula de signos vitales, y su aplicación en el expediente clínico, específicamente en ingreso de nutrientes.

V1: Conocimiento sobre el registro de la eliminación de desechos en la hoja de signos vitales.	V2: Registro en la hoja de signos vitales con los datos de eliminación de desechos aplicado en el expediente clínico		
	Aplica	No Aplica	Total
Conoce	14	11	25
No Conoce	4	2	6
Total	18	13	31

Operando chi cuadrado:

$$Gf = (2-1)(2-1) = 1$$

Fo	Fe	Fo- Fe	(Fo-Fe) ²	x^2C	x^2T
14	14.51	-0.51	-0.26	0.018	
11	10.48	0.52	0.27	0.026	
4	3.48	0.52	0.27	0.077	
2	2.51	-0.51	-0.26	0.10	
x^2C				0.22	3.8415

$$x^2C = 0.22 \quad x^2T = 3.8415$$

Para determinar el chi cuadrado teórico se aplicó un nivel de significancia de 0.05 y 1 grado de libertad, se obtuvo un chi cuadrado teórico de 3.8415 y un chi cuadrado calculado de 0.226.

Aplicando el chi cuadrado, se encontró un chi cuadrado teórico mayor que un chi cuadrado calculado, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, indicando que no existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manejo de la cuadrícula de signos vitales, y su aplicación en el expediente clínico, específicamente en la eliminación de nutrientes.

Ha1: Existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el registro de la hoja de signos vitales, y su aplicación en el expediente clínico.

Preguntas V1	χ^2_C	χ^2_T	Análisis
Pregunta n°1: La información que comprenden los datos de identificación en la hoja de signos vitales.	0.068	3.8415	En el cálculo del chi cuadrado, el chi cuadrado calculado es menor al chi teórico, comprobando que no existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manejo de la cuadrícula de signos vitales, y su aplicación en el expediente clínico, destacando que más del 80% de las enfermeras tenía el conocimiento y lo aplicaban en su mayoría correctamente, pero debido a las enfermeras que no registran correctamente, la relación conocimiento y aplicación no se cumple, por lo que se insta a reforzar sobre el tema, y aplicarlo correctamente de igual forma a identificar si existen factores que impidan la adecuada aplicación del conocimiento en los registros.
Pregunta n°4: Los datos que hacen referencia a la forma de ingreso de líquidos al paciente	1.51	3.8415	
Pregunta n° 5: En cuanto a los datos de eliminación del paciente se registra.	0.22	3.8415	

Ha2: Existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el registro en la hoja de indicaciones médicas, y su aplicación en el expediente clínico.

V.1 Conocimiento sobre el registro del cumplimiento de medicamentos e indicaciones en general	V.2 Aplicación del registro del cumplimiento de medicamentos e indicaciones en general en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico		
	Aplica	No Aplica	Total
Conoce	14	17	31
No Conoce	0	0	0
Total	14	17	31

Operando chi cuadrado:

$$Gf = (2-1)(2-1) = 1$$

Fo	Fe	Fo- Fe	(Fo-Fe) ²	x^2C	x^2T
0	0	0	0	0	
x^2C				0	3.8415

$$x^2C = 0 \quad x^2T = 3.8415$$

Para determinar el chi cuadrado teórico se aplicó un nivel de significancia de 0.05 y 1 grado de libertad, se obtuvo un chi cuadrado teórico de 3.8415 y un chi cuadrado calculado de 0.

Al operar el chi cuadrado, se encuentra que al cruzar las variables, los datos obtenidos no son operables, por lo que calcular el chi cuadrado no es posible, ya que no se puede operar su fórmula con 0, por lo que se determina en aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna, así que no existe relación entre las variables.

V1: Conocimiento sobre las anotaciones de las acciones dependientes que enfermería debe realizar en la hoja de indicaciones médicas	V2: Registro en la hoja de indicaciones médicas de las intervenciones dependientes en el expediente clínico.		
	Aplica	No Aplica	Total
Conoce	13	7	20
No Conoce	10	1	11
Total	23	8	31

Operando chi cuadrado:

$$Gf = (2-1)(2-1) = 1$$

Fo	Fe	Fo- Fe	(Fo-Fe) ²	$\chi^2 C$	$\chi^2 T$
13	14.839	-1.839	-3.3819	0.22	
7	5.161	1.839	3.3819	0.65	
10	8.161	1.839	3.3819	0.39	
1	2.839	-1.839	-3.3819	1.19	
$\chi^2 C$				2.45	3.8415

$$\chi^2 C = 2.45 \quad \chi^2 T = 3.8415$$

Para determinar el chi cuadrado teórico se aplicó un nivel de significancia de 0.05 y 1 grado de libertad, se obtuvo un chi cuadrado teórico de 3.8415 y un chi cuadrado calculado de 2.45

Aplicando el chi cuadrado, se encontró un chi cuadrado teórico mayor que un chi cuadrado calculado, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, indicando que no existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manejo de la cuadrícula de signos vitales, y su aplicación en el expediente clínico, en cuanto al manejo de hoja de indicaciones médicas

V.1 Conocimiento sobre el registro de la actualización en la revisión de las indicaciones médica	V.2 Registro de la actualización en la revisión de indicaciones médicas aplicada al expediente clínico.		
	Aplica	No Aplica	Total
Conoce	15	8	23
No Conoce	5	3	8
Total	20	11	31

Operando chi cuadrado:

$$Gf = (2-1)(2-1) = 1$$

Fo	Fe	Fo- Fe	(Fo-Fe) ²	$\chi^2 C$	$\chi^2 T$
15	14.839	0.161	0.025	0.002	
8	8.161	-0.161	-0.025	0.009	
5	5.161	-0.161	-0.025	0.003	
3	2.839	0.161	0.025	0.005	
$\chi^2 C$				0.019	3.8415

$$\chi^2 C = 0.019 \quad \chi^2 T = 3.8415$$

Para determinar el chi cuadrado teórico se aplicó un nivel de significancia de 0.05 y 1 grado de libertad, se obtuvo un chi cuadrado teórico de 3.8415 y un chi cuadrado calculado de 0.019

Al operar el chi cuadrado, se encuentra un chi cuadrado teórico mayor que el chi cuadrado calculado, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, indicando que no existe relación entre los conocimientos de la enfermera y la forma de aplicar dichos conocimientos, específicamente en el registro de la revisión de actualización de las indicaciones médicas en su respectiva hoja.

Ha2: Existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el registro en la hoja de indicaciones médicas, y su aplicación en el expediente clínico.

Preguntas V1	χ^2_C	χ^2_T	Análisis
Pregunta n°7: lo que debe registrar enfermería al cumplimiento de medicamentos e indicaciones en general.	0	3.8415	En el cálculo del chi cuadrado, el chi cuadrado calculado es menor al chi teórico, comprobando que no existe relación entre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el registro en la hoja de indicaciones médicas, y su aplicación en el expediente clínico, aunque gran parte de las enfermeras tenía el conocimiento, se considera baja, la aplicación de algunos aspectos, estos no se registraron adecuadamente en el expediente clínico, por lo que se considera importante que se refuerce sobre estos temas para no generar inconvenientes que intervengan en el tratamiento del paciente.
Pregunta n°8: De las acciones inter dependientes, enfermería debe realizar anotación en la hoja de indicaciones médicas	2.45	3.8415	
Pregunta n 9: Que evidencia que el personal de enfermería se ha actualizado con la revisión de las indicaciones médica	0.019	3.8415	

Ha3: Existe relación entre el conocimiento de los lineamientos legales, y su aplicación en la elaboración de las notas de enfermería en el expediente clínico.

V.1 Conocimiento sobre las características de las notas de enfermería según los lineamientos para la elaboración de las notas de enfermería	V.2 Aplicación de las características de las notas de enfermería al elaborarlas en el expediente clínico según los lineamientos para la elaboración de las notas de enfermería.		
	Aplica	No Aplica	Total
Conoce	15	11	26
No Conoce	4	1	5
Total	19	12	31

Resultado chi cuadrado calculado

$$Gf = (2-1)(2-1) = 1$$

Fo	Fe	Fo- Fe	(Fo-Fe) ²	$\chi^2 C$	$\chi^2 T$
15	15.93	-0.93	0.86	0.054	
11	10.06	0.94	0.88	0.087	
4	3.06	0.94	0.88	0.288	
1	1.93	-0.93	0.86	0.448	
$\chi^2 C$				0.880	3.8415

$$\chi^2 C = 0.880 \quad \chi^2 T = 3.8415$$

Para determinar el chi cuadrado teórico se aplicó un nivel de significancia de 0.05 y 1 como grado de libertad, se obtuvo un chi cuadrado calculado de 0.880 y un chi cuadrado teórico de 3.8415.

Al operar el chi cuadrado, se encuentra un chi cuadrado teórico mayor que el chi cuadrado calculado, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, indicando que no existe relación entre los conocimientos de la enfermera y la forma de aplicar dichos conocimientos, específicamente en reflejar las características de las nota de enfermería

V.1 Conocimiento sobre los componentes técnico legales de las notas de enfermería según los lineamientos legales en la elaboración de las notas de enfermería.	V.2 Aplicación de los lineamientos legales en elaboración de las notas de enfermería en los componentes técnico legales de las notas de enfermería.		
	Aplica	No Aplica	Total
Conoce	13	12	25
No Conoce	4	2	6
Total	17	14	31

Resultado chi cuadrado calculado

$$Gf = (2-1)(2-1) = 1$$

Fo	Fe	Fo- Fe	(Fo-Fe) ²	x^2C	x^2T
13	13.71	-0.71	0.50	0.036	
12	11.29	0.71	0.50	0.044	
4	3.29	0.71	0.50	0.15	
2	2.71	-0.71	0.50	0.18	
x^2C				0.41	3.8415

$$x^2C = 0.41 \quad x^2T = 3.8415$$

Para determinar el chi cuadrado teórico se aplicó un nivel de significancia de 0.05 y 1 como grado de libertad, se obtuvo un chi cuadrado calculado de 0.41 y un chi cuadrado teórico de 3.8415.

Al operar el chi cuadrado, se encuentra un chi cuadrado teórico mayor que el chi cuadrado calculado, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, indicando que no existe relación entre los conocimientos de la enfermera y la forma de aplicar dichos conocimientos, específicamente en los componentes técnico legales de las notas de enfermería.

V.1 Conocimiento sobre el objetivo de la nota de enfermería.	V.2 Refleja en el registro el objetivo de la nota de enfermería.		
	Aplica	No Aplica	Total
Conoce	14	8	22
No Conoce	6	3	9
Total	20	11	31

Resultado chi cuadrado calculado

$$Gf = (2-1)(2-1) = 1$$

Fo	Fe	Fo- Fe	(Fo-Fe) ²	x^2C	x^2T
14	14.19	-0.19	0.0361	0.0025	
8	7.80	0.20	0.04	0.0051	
6	5.80	0.20	0.04	0.0069	
3	3.19	-0.19	0.0361	0.0113	
x^2C				0.026	3.8415

$$x^2C = 0.026 \quad x^2T = 3.8415$$

Para determinar el chi cuadrado teórico se aplicó un nivel de significancia de 0.05 y 1 como grado de libertad, se obtuvo un chi cuadrado calculado de 0.026 y un chi cuadrado teórico de 3.8415.

Al operar el chi cuadrado, se encuentra un chi cuadrado teórico mayor que el chi cuadrado calculado, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, indicando que no existe relación entre los conocimientos de la enfermera y la forma de aplicar dichos conocimientos, específicamente en reflejar el objetivo de la nota de enfermería, en la misma.

Ha3: Existe relación entre el conocimiento de los lineamientos legales, y su aplicación en la elaboración de las notas de enfermería en el expediente clínico.

Preguntas V1	χ^2_C	χ^2_T	Análisis
Pregunta n°11: Las características que debe contener una nota de enfermería	0.880	3.8415	En el cálculo del chi cuadrado, el chi cuadrado calculado es menor al chi teórico, afirmando que no existe relación entre el conocimiento de los lineamientos legales, y su aplicación en la elaboración de las notas de enfermería en el expediente clínico, a pesar que alrededor del 80% de las enfermeras tenía el conocimiento, en la aplicación se observó que variaba la forma de registrar en el personal de enfermería, por lo que sería importante retroalimentar sobre estos temas para estandarizar el registro y mejorar la calidad de las anotaciones para asegurar su valor legal.
Pregunta n°12: Los componentes técnico legales que comprende una nota de enfermería	0.41	3.8415	
Pregunta n°17: ¿Cuál es el objetivo de la nota de enfermería?	0.026	3.8415	

5.2 Análisis General de Resultados.

La presente investigación se realizó en el periodo de diciembre 2017 a febrero 2018 con el personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil “Dr. Juan José Fernández”, para indagar acerca de la relación entre los conocimientos sobre los registros del cuidado de enfermería relacionado con la aplicación por el personal de enfermería, con la operación del Chi cuadrado, el cual es para determinar la relación o el grado de asociación entre ellas, el resultado de su cálculo fue un chi cuadrado calculado menor al teórico, lo que significa que no existe relación entre las variables, ya que el chi cuadrado hace énfasis en la relación entre ellas, sin incluir otros aspectos que puedan influir en esa relación.

Los instrumentos utilizados para recolectar datos fueron un cuestionario que determino el conocimiento de las enfermeras, y una guía de revisión documental, que permitió verificar la forma en que aplicaba el conocimiento de los registros hechos en el expediente clínico, se especificó en la hoja de signos vitales, indicaciones médicas y notas de enfermería.

En la presentación de resultados se realizó un emparejamiento de las tablas de frecuencia entre el conocimiento y la aplicación, con los elementos que tenían relación entre los instrumentos aplicados, como producto de esto se obtuvieron diversos hallazgos; muchas enfermeras tenían el conocimiento teórico, de tal modo que lo aplicaban en sus registros, otras tenían el conocimiento y no lo aplicaban correctamente, de forma contradictoria enfermeras que desconocían aspectos teóricos, y los aplicaban adecuadamente en sus registros, así también enfermeras que no tenían el conocimiento teórico, y elaboraban erróneamente sus anotaciones.

Entre los datos relevantes en esta investigación, sobre la hoja signos vitales y el manejo de la misma, quedo como observación general que la mayoría de las enfermeras conoce la hoja de signos vitales, es de destacar que el 80.65% de las enfermeras identifican completamente la hoja de signos vitales, contribuyendo a que la información médica de un paciente, no sea confundida con la de otro paciente atendido en el mismo servicio hospitalario, a pesar de

esto el 19.35% de las enfermeras no coloca la edad del paciente. Entre otros datos el 83.87% de los expedientes tenían los colores y escalas de la gráfica de pulso y temperatura, según turno esto demuestra que se lleva un control adecuado de los signos vitales, también que el 25.81% de enfermeras consideran que los datos de presión arterial y respiración no son elementos de la hoja de signos vitales, desconociendo que en la cuadrícula de signos vitales se encuentra dicho apartado, por lo tanto estos signos en su mayoría no los registran.

Seguidamente en la hoja de signos vitales existe un apartado en la parte inferior de la cuadrícula en la que se registra el tipo de dieta, la forma de ingreso de líquidos ya sea por vía oral o líquidos adquiridos por otras vías, a pesar de eso el 12.90% de los expedientes no tenía el registro de tipo de dieta que se le proporcionaba al paciente, el 35.48% no especificaba si ingería líquidos por vía oral y el 29.03% no registraba si el paciente recibía o no líquidos por otras vías como la endovenosa, los cuales son importantes para notar mejoría o deterioro en el estado de salud del paciente.

Entre los datos sobre el conocimiento del registro en la hoja de indicaciones médicas y su aplicación, se puede afirmar que la mayoría de las enfermeras conoce la importancia de registrar sus actividades en la hoja de indicaciones médicas y lo aplican como tal, referente a las anotaciones en la hoja de indicaciones médicas el 100% de las enfermeras concuerda que se debe anotar con fecha, hora y firma las indicaciones cumplidas, pero el 25.80% no registra la administración de medicamentos con hora, firma y fecha de cumplimiento y el 51.62% toma diversos exámenes y no anota la hora y firma correctamente, en su lugar plasman otras marcas para indicar su cumplimiento, ante el riesgo de falsificación o confusiones en la aplicación y cumplimiento del tratamiento del paciente, en el peor de los casos puede ocasionar sobre dosis de medicamento o repercusiones por falta de cumplimiento, relacionado con la revisión de las indicaciones médicas, el actualizarse por turno y reflejarlo como enterado con firma y hora, fue representado por el 64.51% de los expedientes revisados.

El conocimiento sobre los lineamientos legales y su aplicación en las notas de enfermería está bien representado por el 64.52% de las enfermeras, estos lineamientos se comprenden

de diferente características que debe tener una nota de enfermería de las cuales, el 32,25% de las notas revisadas no tenían una descripción general del paciente de forma integral y holística, el 25.80% del total, tenía algún tipo de enmendadura o tachón , lo cual hace que la nota de enfermería tenga poca credibilidad y genere confusiones ante lo escrito, que en el peor de las circunstancias puede llevar a la enfermera ante instancias legales.

El 96.78% de las enfermeras afirma que las observaciones objetivas y subjetivas se deben registrar en la nota de enfermería, pero el 90.33% carecía de una u otra descripción, sobre todo la descripción subjetiva del paciente o cuidador reflejado por 74.2% de las notas, es de tomar en cuenta que tanto el paciente y cuidador pueden proporcionar información importante sobre su estado de salud, contribuir en el tratamiento, y respaldar la comunicación que se establece con la enfermera.

El 48.39% de las notas de enfermería no seguían una secuencia lógica, clara, concreta, precisa, breve, u objetiva, ya sean notas extensas y con poca información, o notas muy cortas y superficiales. Así también gran parte de estas, el 74.2% poseían abreviaturas, a pesar que el 80.64 % afirma conocer los componentes técnicos legales a cumplir en cada nota de enfermería que se elabora.

La investigación señalo que existe confusión entre los tipos de registro y notas que la enfermera elabora el 29.04 % del total de las profesionales conocían el término de una nota narrativa, que es el tipo de nota de enfermería que se aplica en el hospital. El 51.61% desconocían el término de una nota focalizada, de lo que se observó una considerable cantidad de expedientes que solo tenían nota de recibo y entrega de turno, lo cual no contribuye a visibilizar el trabajo de enfermería o su accionar para con el paciente.

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

De acuerdo a los objetivos formulados durante la investigación se concluye lo siguiente:

- 6.1.1 Al valorar el manejo de la hoja de signos vitales se identificó que la mayoría del personal de enfermería posee el conocimiento del llenado correcto y completo de esta hoja, pero al existir un porcentaje mínimo que no aplica algún elemento se determinó que no existe relación entre el conocimiento y la aplicación en el expediente clínico lo que podría deberse a factores que influyan en la enfermera al momento de registrar.
- 6.1.2 Se constató por medio de los resultados obtenidos sobre el registro de la hoja de indicaciones médicas que el personal de enfermería conoce los elementos para registrar el cumplimiento de las indicaciones, al revisar su aplicación se encontró que no todo el personal realiza un correcto registro lo que indica que no existe relación entre el conocimiento del personal y su aplicación en el expediente clínico.
- 6.1.3 Al relacionar el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre los lineamientos legales se observa que la mayoría conoce sobre las características, los componentes técnicos legales, su utilidad, que las notas son objetivas y subjetivas, al contrario del conocimiento en su aplicación se encontró que hay incumplimiento en el registro de cada uno de estos elementos lo que da como resultado la nula relación del conocimiento y la aplicación.

6.2 Recomendaciones

De las conclusiones planteadas en esta investigación se recomienda lo siguiente:

- 6.2.1 Desarrollar planes educativos de parte del departamento de enfermería que contribuyan a realizar el completo y correcto llenado de cada apartado de la hoja de signos vitales con el fin que cada enfermero realice un registro óptimo de esta hoja.
- 6.2.2 Que las jefaturas de áreas busquen sensibilizar por medio de charlas matutinas impartidas por el mismo personal de enfermería, sobre el correcto registro al cumplir una indicación médica para evitar el incumplimiento o sobrecumplimiento de una de ellas.
- 6.2.3 Evaluar constantemente los conocimientos que posee el personal de enfermería sobre los lineamientos legales para la elaboración de las notas de enfermería, de tal forma que los apliquen correctamente para garantizar la calidad del registro.

Propuesta
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



“PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LOS REGISTROS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA OQUELÍ Y PEDIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ.”

ELABORADO POR:

RIVERA MORENO, KATHERINE ABIGAIL
VISCARRA ARMERO, NELLY JANETH
CANJURA HERNANDEZ, JAIME ALBERTO

DOCENTE ASESOR:

LIC. AURA MARINA MIRANDA DE ARCE

CIUDAD UNIVERSITARIA, 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2018.

INDICE.

INTRODUCCION.....	103
I. JUSTIFICACION.....	104
II. OBJETIVOS.....	106
2.1 Objetivo general.....	106
2.2 Objetivo específico.....	106
III. METAS.....	107
IV. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA.....	108
4.1 Nombre de la propuesta.....	108
4.2 Institución a realizar la ejecución.....	108
4.3 Responsables de la ejecución.....	108
4.4 Grupo beneficiario.....	108
4.5 Duración.....	108
V. METODOLOGIA.....	109
VI. RECURSOS.....	109
VII. PRESUPUESTO.....	110
VIII. PLAN OPERATIVO.....	111
IX. PLAN DIDACTICO.....	113

INTRODUCCIÓN.

La propuesta de intervención es una estrategia de planeación, que permite establecer una metodología que brinde respuestas a las necesidades presentes, identificadas en los resultados obtenidos en la investigación “Conocimientos sobre los registros del cuidado de enfermería relacionado con la aplicación por el personal de enfermería que labora en los servicios de cirugía Oquellí y pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández en el periodo de diciembre de 2017 a febrero de 2018”.

Los registros del cuidado comprende la descripción de la atención brindada al paciente, reflejado principalmente en la hoja de signos vitales, indicaciones médicas y notas de enfermería, estas como los puntos centrales de la propuesta de intervención, que tiene el propósito de reforzar los conocimientos del personal de enfermería en cada uno de estos registros.

Este programa educativo cuenta con; justificación la cual describe el propósito de la intervención y la población beneficiada, se describen los objetivos, divididos en un general y tres específicos, se plasman las metas que se disponen a alcanzar con su ejecución, se describen las generalidades de la propuesta, además se presenta un plan operativo que contiene las actividades a realizar, finalmente el plan didáctico que comprende la temática a discutir para el desarrollo de la propuesta.

I. JUSTIFICACIÓN.

Este programa educativo está elaborado en base a los resultados de la investigación “Conocimientos sobre los registros del cuidado de enfermería relacionado con la aplicación por el personal de enfermería que labora en los servicios de cirugía Oquellí y pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández en el período de diciembre de 2017 a febrero de 2018”.

Los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor asistencial para la atención de las necesidades de cuidado de la población, por ello, los profesionales, deben ser conscientes de la relevancia del registro del mismo, así como conocer su adecuada elaboración, para asumir las repercusiones de lo realizado a nivel profesional y legal.

En base a lo anterior se desarrollara un programa educativo sobre el registro del cuidado de enfermería, que generalmente se hace en el expediente clínico del paciente, se intervendrá en los puntos clave donde la enfermera hace anotaciones; hoja de signos vitales, indicaciones médicas y notas de enfermería.

En la hoja de signos vitales se tocaran temas como el tipo de dieta, la forma de ingreso de líquidos ya sea por vía oral o líquidos adquiridos por otras vías, estos datos se anotan en la parte inferior de la cuadrícula de la hoja de signos vitales, a pesar de eso el 12.90% de los expedientes no poseía el tipo de dieta que se le proporcionaba al paciente, el 35.48% no especificaba si ingería líquidos por vía oral y el 29.03% no registraba si el paciente recibía o no líquidos por otras vías como la endovenosa, los cuales son importantes para notar mejoría o deterioro en el estado de salud del paciente.

La importancia del registro en la hoja de indicaciones médicas, hace recalcar que, a pesar que la mayoría de las enfermeras concuerda que se debe anotar con fecha, hora y firma las indicaciones cumplidas, el 25.80% no registra la administración de medicamentos con hora, firma y fecha de cumplimiento y el 51.62% toma diversos exámenes y no anota la hora y

firma correctamente, en su lugar plasman otras marcas para indicar su cumplimiento, datos que llevan a identificar la necesidad de reforzar este conocimiento.

En las notas de enfermería, se reforzara en temas como las características de las notas, ya que el 32.25% no hace la descripción general del paciente en su nota, a pesar de que el 83.87% del personal de enfermería conozca de ello. En los componentes técnico-legales, el 80.64% de las enfermeras conoce estos elementos, pero el 32.26% de los expedientes revisados no tenían firma o sello de la enfermera, el 74.2% de las notas tenían abreviaturas, el 96.78% conoce las observaciones que se debe registrar en la nota, pero en la revisión documental de las mismas, el 74.2% no tenían las observaciones subjetivas del paciente, solo las objetivas de la enfermera que representa el 83.87%. También en identificar los tipos de notas, debido a que menos del 50% de la población conocía sus distintos tipos.

Estos resultados dan la pauta para la estructuración del programa educativo sobre el registro del cuidado, del cual la población beneficiada será el personal de enfermería de los servicios antes mencionados, la asistencia técnica y metodológica de docentes de la carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad de El Salvador, y la apertura de parte de la dirección y el departamento de enfermería del hospital para realización de la investigación, dieron al grupo investigador los medios para su elaboración, teniendo en cuenta los recursos humanos y económicos necesarios, por medio de los resultados obtenidos se planificara y elaborara una propuesta de intervención, con el propósito de enseñar y/o reforzar los conocimientos del profesional de enfermería beneficiando de esta manera su competencia técnica, para brindar así una atención con mayor calidad y calidez.

II. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo General:

Fortalecer los conocimientos que poseen las enfermeras por medio de un programa educativo sobre los registros del cuidado de enfermería dirigido al personal de enfermería de los servicios de cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Describir los elementos a registrar en la hoja de signos vitales al personal de enfermería de los servicios de cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández.

2.2.2 Detallar la forma correcta de registrar en la hoja de indicaciones médicas al personal de enfermería de los servicios de cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández.

2.2.3 Analizar los lineamientos legales para la elaboración de la nota de enfermería según el CSSP al personal de enfermería de los servicios de cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández.

III. METAS.

- 3.1 Que el 100% del personal de enfermería que labora en los servicios de cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, fije el conocimiento de los elementos a registrar en la hoja de signos vitales.
- 3.2 Que el 100% del personal de enfermería que labora en los servicios de cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, determine la forma correcta de registrar en la hoja de indicaciones médicas.
- 3.3 Que el 100% del personal de enfermería que labora en los servicios de cirugía Oqueli y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil, consolide el conocimiento sobre los lineamientos legales para la elaboración de la nota de enfermería según el CSSP.

IV. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA.

4.1 Nombre de la propuesta.

“Programa educativo sobre el registro del cuidado de enfermería dirigido al personal de enfermería de los servicios de cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández”

6.1 Institución a realizar la ejecución.

Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández.

6.2 Responsables de la ejecución.

Jefes de enfermería

Personal de enfermería

4.4 Grupo beneficiario.

Personal de enfermería de los servicios de Cirugía Oquellí y Pediatría.

4.5 Duración.

Programa educativo: Ocho horas.

V. METODOLOGIA.

La temática a abordar serán los registros del cuidado de enfermería, esto con el propósito de reforzar el conocimiento del personal, se desarrollara un programa educativo con una duración de ocho horas, durante la cual se explicara la información y los elementos que se registran en la hoja de signos vitales, indicaciones médicas y notas de enfermería.

Método expositivo: consiste en la presentación oral de un tema, lógicamente estructurado. El recurso principal es el lenguaje oral ya que se hará exposición de los registros del cuidado de enfermería, que debe ser objeto de la máxima atención por parte del expositor.

Método participativo: consiste en una metodología que apunta a la producción de un conocimiento positivo y transformador, mediante un proceso de debate, reflexión y construcción colectiva de saberes entre la enfermera expositora y el personal de enfermería que recibe el programa, con el fin de lograr una transformación profesional.

VI. RECURSOS.

HUMANOS	MATERIALES
Jefe de departamento de enfermería	✓ Sillas.
Jefes de cirugía Oqueli y pediatría.	✓ Laptop.
Personal de enfermería.	✓ Cañón.
	✓ Plan operativo
	✓ Plan educativo
	✓ Refrigerio.

VII. PRESUPUESTO.

PRODUCTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
Impresiones.	100	\$0.02	\$2.00
Anillado.	1	\$2.00	\$2.00
Folders.	34	\$0.15	\$5.10
Fastener.	34	\$0.06	\$2.04
Fotocopias	40	0.02	\$0.80
Lapiceros	1 caja	3.50	\$3.50
Internet	3 horas	0.60	\$1.80
Ambientación	1	8	\$8
Refrigerio.	34	\$3.00	\$102
Imprevistos			\$12.72
Total.			\$139.72

VIII. PLAN OPERATIVO

Responsable: Licenciada jefe de servicio

Institución: Hospital Nacional Zacamil

Dirigido a: Profesionales de enfermería

Lugar: Auditorium

Fecha: 25/11/18

Hora: 7: 00 – 3:00 pm

Objetivo: Desarrollar programa educativo sobre el registro del cuidado de enfermería dirigida al personal de enfermería de cirugía Oquellí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	TIEMPO	ACTIVIDADES	RECURSOS		EVALUACION
			HUMANOS	MATERIALES	
-Verificar asistencia y puntualidad de los participantes. - Describir los elementos a registrar en la hoja de signos vitales - Detallar la forma correcta de registrar en la	De 6:50 a 7:10	Pasar lista de asistencia.	Jefes de áreas.	Cañón	El personal de enfermería participara en la dinámica de fijación de conocimientos donde se espera que el 100% la desarrolle satisfactoriamente.
	7:11 a 10:00am	-Inicio de tema. -Generalidades. -Dinámica de fijación de conocimientos.	Personal de enfermería.	Laptop Plan operativo Plan educativo	
	10:01 a 10:20am	Receso			
	10:21 a 12:00am	Continuación.			

<p>hoja de indicaciones médicas</p> <p>-Analizar los lineamientos legales para la elaboración de la nota de enfermería según el CSSP</p>	<p>12:01 a 12:40md</p> <p>12:41 a 3:00pm</p>	<p>-Dinámica de fijación de conocimientos</p> <p>almuerzo</p> <p>-Dinámica de fijación de conocimientos</p> <p>Finalizar tema.</p>			
--	--	--	--	--	--

IX. PLAN EDUCATIVO

I. Generalidades:

- a) Tema: Registros del cuidado de enfermería dirigido al personal de enfermería de los servicios de cirugía Oquelí y Pediatría del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández”
- b) Responsable : Licenciada jefe de servicio
- c) Nivel de participantes: Profesionales de enfermería
- d) Local : Auditorium
- e) Fecha: 25/11/18
- f) Hora : 7: 00 – 3:00 pm

II. Objetivos: Al finalizar el programa educativo el profesional podrá:

- a) Describir los elementos a registrar en la hoja de signos vitales
- b) Detallar la forma correcta de registrar en la hoja de indicaciones médicas
- c) Analizar los lineamientos legales para la elaboración de la nota de enfermería según el CSSP

III. Conocimiento previo:

Elementos del expediente clínico

IV. Etapas de instrucción:

ETAPAS	TIEMPO	CONTENIDO	METODOLOGIA	MATERIAL Y APARATOS DE ENSEÑANZA	PUNTOS DE ATENCION
<u>Introducción</u>	7: 00- 7: 15 am	-Presentación de Objetivos y metas	Expositiva	Planeamiento Didáctico	-Comprensión de objetivos
-Saludo -Presentación del tema -Motivación al tema	7: 16 -8:45 am	- Generalidades de los registros de enfermería -Elementos a registrar en la			

<p>-Exploración de conocimientos</p> <p><u>Desarrollo</u></p>	<p>8:45 am a 10:15 am</p> <p>Receso 15 min</p> <p>10:15 am a 12:00 pm</p> <p>Almuerzo 45 min</p> <p>12:45 pm a 2:30 pm</p>	<p>hoja de signos vitales</p> <p>-Interrogantes sobre el tema</p> <p>-Anotación del cumplimiento de las indicaciones médicas.</p> <p>-Interrogantes sobre el tema</p> <p>-Lineamientos legales de las notas de enfermería según el CSSP.</p> <p>-Interrogantes sobre el tema</p>	<p>Lluvia de ideas</p> <p>Expositiva – Participativa</p> <p>-Dinámica de fijación de conocimientos</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>-Dinámica de fijación de conocimientos</p>	<p>-Extensión</p> <p>-Pliegos de papel bond</p> <p>-Plumones de colores</p> <p>-Papelitos en globos</p>	<p>-Elementos de la cuadrícula de signos vitales.</p> <p>-Forma correcta de anotar en la hoja de indicaciones médicas.</p> <p>-Características de las notas.</p> <p>-Componentes técnico legales.</p> <p>Responde Correctamente las Interrogantes</p>
<p>R E T R O A L I M E N T A C I O N</p>					

ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1- Marisol torres Santiago, Rosa Amarilis Zárata Grajales, Reyna Matus Miranda, Calidad de los registros de Enfermería, elaboración de un instrumento de evaluación, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, Volumen 8; No. 1, Enero-Marzo 2011.
- 2- Nivel de aplicación del proceso de atención de Enfermería y la calidad de las notas de enfermería en centros de salud micro red metropolitana Tacna, 2012
- 3- Tanya Rivera. Registros asistenciales, fundación universitaria del área andina. [Publicado el 12 de junio de 2011, citado el 31 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/tannya91/registros-de-enfermeria>.
- 4- Rosana Tessa. Registros de enfermería [internet] 18 de agosto de 2013 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: <http://www.rosanatessa.com/registros-de-enfermeria/>
- 5- Carmen Vargas-Cubero, María Aurelia Ruiz-Sánchez, Aspectos Legales de las notas de Enfermería, ISSN 1049 – 1992, Enfermería en Costa Rica 2003.
- 6- Carlos Augusto Sánchez Morales. Instituto Nacional de Ciencias Medicasy Nutricio/expediente clínico [sede web] [actualizada el 30 de noviembre del 2016]. disponible en innsz.mx/opencms/contenido/transparencia/expedienteclinico.html
- 7- Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E, Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...
- 8- Alvarado de Renderos M.M, Callejas de Martínez A.C, Vargas Portillo K.A, Conocimiento y aplicación de lineamientos establecidos por la Junta de Vigilancia de la profesión de Enfermería y el Ministerio de Salud en la elaboración de notas de enfermería del servicio de medicina interna del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José

Fernández [Tesis] San Salvador, Universidad Alberto Masferrer; citado el 28 de marzo de 2017. 2016.

- 9- Esmirna T. Responsabilidad legal del profesional de enfermería en el cumplimiento de la indicación médica [internet] citado el 31 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos73/responsabilidad-legal-profesional-enfermeria/responsabilidad-legal-profesional-enfermeria2.shtml#ixzz4cfpw5Q9r>
- 10- Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E., Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...
- 11- Consejo Superior de Salud Pública, Unidad de enfermería, ministerio de salud y junta de vigilancia de la profesión de enfermería. lineamiento notas de enfermería. San Salvador 2016 [citado el 31 de Marzo de 2017] Disponible en cssp.gov.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf
- 12- Técnicas en enfermería clínica, cuarta edición, volumen 1 Capítulo III, PAG 57-59
- 13- Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E., Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...
- 14- Decreto 307. Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. fecha de emisión 10 de marzo de 2016 y fecha de publicación 08 de abril de 2016, sección 2 página 24 [consultado el 07 de abril de 2017] Disponible en <http://www.asamblea.gov.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-de-deberes-y-derechos-de-los-pacientes-y-prestadores-de-servicios-de-salud>

- 15-Diccionario de la Lengua Española y de Nombres Propios, Océano Grupo editorial S.A
ISBN: 84-494-0055-4, Pág. 14
- 16-Diccionario de la Lengua Española y de Nombres Propios, Océano Grupo editorial S.A
ISBN: 84-494-0055-4 Pag.535.
- 17-R. Sampieri. Metodología de la investigación. Capítulo 5
- 18-Diccionario de la Lengua Española y de Nombres Propios, Océano Grupo editorial S.A
ISBN: 84-494-0055-4 Pag.271
- 19-Natorabet. modelo y teoría de enfermería Patricia Benner. Slideshare [internet] 7 DE JULIO DE 2014[consultado el 31 de marzo de 2017] Disponible en:<https://es.slideshare.net/natorabet/patricia-benner-modelos-y-teoras-en-enfermera>.
- 20- Enciclopedia jurídica 2014 pág. www. Enciclopedia-diccionario-jurídico-html
Visitada 20.5.17
- 21-Diccionario ABC [EDICION 2017]; visitado el 20/5/17, página de internet disponible en : <https://www.definicionabc.com/social/exclusion.php>
- 22-Fidedigno disponible en www.wordreference.com/definicion/fidedigno consultado en mayo de 2016.
- 23-Español, Oxford living Dictionaries [CONSULTADO EL 19-5-17] URL disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/focalizar>
- 24-The free dictionary.by farlex [edición 2005]; visitado el 19/5/17, página de internet disponible en : <http://es.thefreedictionary.com/INCLUSION>.
- 25-Diccionario ABC [EDICION 2017]; visitado el 20/5/17, página de internet disponible en : <https://www.definicionabc.com/social/incapacitado.php>
- 26-The free dictionary.by farlex [edición 2005]; visitado el 19/5/17, página de internet disponible en <http://es.thefreedictionary.com/NEONATOLOGIA>.

27-Responsabilidad ética consultada en mayo de 2016. disponible en www.ehowenespanol.com › Finanzas Escrito por Josh Fredman

28-The free dictionary.by farlex [edición 2005]; visitado el 19/5/17, página de internet: disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/UCI>

PRESUPUESTO

Cantidad	Descripción	Valor unitario	Valor total
2250	Impresiones	\$0.05	\$112.50
3	Empastado	\$12	\$36.00
4	Folders	\$0.25	\$1.00
3	Anillado	\$5.00	\$15.00
180 Horas	Internet	\$0.50	\$ 90
4	Fastener	\$0.15	\$0.60
3	Protocolo	\$15.00	\$45.00
700	Fotocopias	\$0.02	\$14.00
3	Informe final	\$15.00	\$45.00
3	CD	\$1.00	\$3.00
1	Renta de cañón	\$5.00 c/hr	\$15.00
1 caja	Lapiceros	\$2.00	\$2.00
	Presentación de trabajo de investigación.	\$50.00	\$50.00
	Digitado de protocolo	\$15.00	\$15.00
	Digitado de informe final	\$15.00	\$15.00
Subtotal			\$518.5
Imprevistos			\$51.85
Total			\$570.35

Anexo N°1. Listas de chequeo
a) Expediente clínico y notas de enfermería

LISTA DE CHEQUEO

AREA _____ REGISTRO _____
 FECHA _____ HORA _____ APLICADA POR: _____

Guía para la Auditoría del Expediente Clínico

verificar a través del expediente.

OBJETIVO: Garantizar la calidad de atención de enfermería que se brinda al usuario del Hospital Nacional Zacamil.

#	ACTIVIDAD	SI	NO	COMENTARIOS
1	Identificación del 100% de hojas, nombre y edad. Nº de registro Area o servicio Nº de cama			
2	Hoja de temperatura Grafica (Uso bicolor) Evacuaciones Anotación de procedimientos especiales			
3	Hoja de balance hídrico Anotaciones completas y oportunas			
4	Indicaciones médicas Cumplimiento y anotaciones según horario firma Uso de tinta según turno			
5	Exámenes de laboratorio reportados y realizados oportunamente.			
6	Notas de enfermería Fecha y hora Elaboración cefalocaudal relacionada al diagnóstico, evolución, conciencia respuesta, seguimiento a indicaciones médicas. Veracidad de la nota (entrevista a pte) Letra legible Uso de firma y sello			
	Conclusión			

b) Notas de enfermería



Hospital Nacional Zacamil
"Dr. Juan José Fernández"
Departamento de Enfermería
Comité local de procedimientos 2015
Lista de chequeo de notas de enfermería



Objetivo: observar el cumplimiento de los lineamientos para elaboración de notas de enfermería.

Fecha: _____ Hora: _____ Área: _____

Aplicada A : _____ Aplicado por: _____

No.	ASPECTOS	SI	NO	OBSERVACION
1	Identifica hoja de enfermería con nombres completos del paciente, registro, servicio y numero correlativo de la hoja			
2	Coloca fecha y hora en la parte izquierda de la hoja			
3	Elabora nota de enfermería cefalocaudal, iniciando con signos vitales y diagnóstico de enfermería, condición física y mental.			
4	Aplica protocolo de atención de enfermería , según patología de paciente			
5	Elabora notas de enfermería evolutivas con procedimientos, reacciones a tratamientos			
6	Realiza notas de enfermería claras, completas, objetivas, letra legible			
7	Utiliza tinta azul para horarios matutinos y tinta color rojo para turnos nocturnos			
8	Se observan nota sin, abreviaturas, tachaduras, enmendaduras, espacios en blanco o errores de ortografía			
9	Coloca firma según documento de identidad y sello debajo de la firma, al lado derecho de la hoja de enfermería,			

Anexo N°2. Hoja de signos vitales.



HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL
"Dr. JUAN JOSE FERNANDEZ"

REPUBLICA DE EL SALVADOR
EL SALVADOR
UNIDOS CRECEMOS TODOS



HOSPITALIZACION
Ginecología y Obstetricia
HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL

REGISTRO: _____
 EDAD: _____ HAB. N° _____

NOMBRE: _____

MES	DIAS DE HOSPITAL	HORAS																
			AM	PM														
150	41°																	
130	40°																	
110	39°																	
90	38°																	
70	37°																	
50	36°																	
RESPIRACION	60																	
	50																	
	40																	
	30																	
	20																	
	10																	
7 AM a 7 PM	P.A.																	
	PASO																	
	Estanza y Dieta																	
	Liq. Ad Via Oral																	
	Liq. Ad. Otros Vias																	
	Orina Total																	
	Evacuaciones																	
	VOMITOS																	
MEDICAMENTOS ESPECIALES																		



ANEXO 5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y CIRUGÍA OQUELÍ DEL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL SOBRE LOS CONOCIMIENTOS QUE POSEEN EN RELACION A LOS REGISTROS DEL CUIDADO

OBJETIVO: Indagar sobre el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre:
cuadrícula de signos vitales, hoja de indicaciones médicas y notas de enfermería.

Marque con una **X** el grado académico que posee:

Licenciado en enfermería	Enfermera Graduada	Tecnólogo en enfermería	Técnico en enfermería

INDICACIÓN:

- El siguiente cuestionario consta de una serie de 20 preguntas de respuesta múltiple.
- La información obtenida es de carácter anónimo y confidencial

Marque la respuesta que usted considera correcta:

I. Conocimientos sobre el llenado de la cuadrícula de signos vitales.

1. La identificación de la cuadrícula de signos vitales lo componen los siguientes datos:

- a) Nombres y apellidos del paciente, edad, número de registro, Servicio hospitalario y número de unidad.
- b) Estrictamente los nombres y apellidos del paciente, es decisión de la enfermera si incluye más datos
- c) Nombres y apellidos del paciente, edad, número de registro, Servicio hospitalario y número de unidad, fecha de ingreso, días de estancia hospitalaria.
- d) Nombres y apellidos del paciente y número de registro.

2. El color y escala a utilizar para graficar signos vitales es:

- a) Color según el turno ambos valen dos

- b) Pulso azul (4) y temperatura rojo (2).
 - c) Pulso rojo (4) y temperatura azul (2).
 - d) No hay color específico y ambos valen 4
3. En cuanto a la presión arterial y la frecuencia respiratoria del paciente:
- a) Debe anotarse en la cuadrícula por turno.
 - b) No es necesario su anotación, es propio del médico
 - c) No es parte de los elementos de la cuadrícula.
 - d) Debe anotarse en la cuadrícula.
4. Los datos que hacen referencia al registro del ingreso de dieta y líquidos en la hoja de signos vitales son:
- a) Tipo de dieta, líquidos por vía oral, líquidos adquiridos por otras vías.
 - b) Tipo de dieta
 - c) Solo lo ingerido por vía oral
 - d) Ninguna de las anteriores
5. En cuanto a la eliminación de desechos del paciente se hace referencia a las siguientes afirmaciones:
- a) Las evacuaciones se registran una vez al día.
 - b) La orina total, evacuaciones y vómitos se registran por turno.
 - c) No es necesario anotarlo
 - d) Solo se registra en la hoja de balance hídrico.
- II. Conocimientos sobre registro en la hoja de indicaciones médicas.
6. Son parte de las anotaciones sobre el cumplimiento de acciones de enfermería en la hoja de indicaciones médicas:
- a) Solamente registro de tipo de dieta, cumplimiento de medicamento, y toma de exámenes.
 - b) El registro del tipo de dieta, toma de signos vitales, cumplimiento de medicamentos, toma de exámenes, interconsultas y procedimientos especiales.
 - c) Solamente lo que está pendiente de realizar con lápiz.
 - d) Ninguna es correcta

7. Al registrar el cumplimiento de medicamentos e indicaciones en general, enfermería debe:

- a) Anotar fecha, hora y firma.
- b) Anotar firma.
- c) Solo colocar si se cumple
- d) Solo chequearlo.

8. En el registro de enfermería y las intervenciones realizadas por otro profesional de salud en la hoja de indicaciones médicas podemos aseverar lo siguiente:

- a) No se registra porque no es intervención de enfermería
- b) Interconsultas y procedimientos especiales se anota con fecha y hora.
- c) Lo registra el responsable de realizar la intervención en la hoja de indicaciones médicas.
- d) Ninguna es correcta

9. ¿Cuáles son los aspectos que indica que la enfermera se ha revisado las indicaciones médicas?

- a) Firma y hora de revisión de enfermera/o por turno
- b) El registro del cumplimiento de cada indicación
- c) El registro en la nota de enfermería
- d) La tarjeta de cuidados

III. Conocimiento sobre lineamiento de notas de enfermería.

10. Según la unidad de enfermería Ministerio de salud, el CSSP y la Junta de Vigilancia de la profesión de enfermería, los parámetros a tomar en cuenta en la redacción de notas de enfermería se encuentran en:

- a) Estándares de notas de enfermería.
- b) Lineamientos de notas de enfermería.
- c) Elementos de notas de enfermería según la Organización Mundial de la Salud.

d) Lineamientos institucionales.

11. Entre las características que debe contener una nota de enfermería se encuentran:

- a) Exactitud e integridad
- b) Uso de tinta según turno y condición general del paciente.
- c) Ser concreta describiendo solo novedades del paciente.
- d) A y b son correctas

12. Los componentes técnico legal de la nota de enfermería está comprendido por:

- a) Un contenido sistemático, claro, concreto, preciso, breve y objetivo.
- b) Una narración con orden lógico, vocabulario técnico y sin abreviaturas.
- c) Que la nota tenga firma, sello y hora.
- d) Todas las anteriores.

13. Según el Consejo Superior de Salud Pública entre los componentes de una nota de enfermería en la hoja de anotación de enfermería están:

- a) Fecha y hora exacta, el contenido sistemático de la nota, firma según DUI, sello por JVPE.
- b) Fecha, hora, nombre de paciente en la nota de enfermería, diagnóstico de enfermería, narración de la condición y sello por JVPE.
- c) Fecha solo en la hoja de enfermería, el contenido de la nota y firma al final.
- d) Ninguna es correcta

14. La utilidad de una nota de enfermería es:

- a) El registro de las intervenciones independientes como la descripción de los cuidados dados, la enseñanza impartida y los protocolos aplicados.
- b) Reflejar las observaciones objetivas y subjetivas del paciente, la efectividad al tratamiento y medicamentos desde el punto de vista enfermero.
- c) Evidenciar el cumplimiento estricto de las indicaciones médicas en el turno en el que se labora.
- d) a y b son correctas

15. Las observaciones de la condición del paciente deben ser:

- a) Objetivas solo lo que la enfermera observa
- b) Subjetivas solo lo que el paciente dice
- c) Objetivas y subjetivas.
- d) Lo que la enfermera considere necesario.

16. Las consideraciones que debe tener la enfermera al momento de registrar son:

- a) Objetividad, precisión, exactitud, legibilidad, claridad y simultaneidad
- b) Solo anotar la fecha cada vez que se registra
- c) Legibilidad, claridad y simultaneidad
- d) Objetividad, precisión y exactitud

17. El objetivo de las notas de enfermería es:

- a) Llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado de la persona,
- b) Dejar constancia de los problemas presentados por la persona y cuidados de enfermería brindados, registrar todos los procedimientos
- c) Dejar constancia del trabajo realizado por la enfermera.
- d) Evitar sanciones.

18. Los estándares legales en el registro, faltas y penalizaciones del profesional de enfermería se encuentran en:

- a) Lineamientos según Consejo Superior de salud Pública y Código de salud
- b) Código penal y Código de ética
- c) Solo en la Junta de Vigilancia para la Profesión de Enfermería
- d) a y b son correctas

19. La nota de enfermería donde se registra en prosa los datos en secuencia cronológica a medida que se producen las acciones en el tiempo, describiendo la información que obtenemos del paciente:

- a) Nota narrativa
- b) Formato SOIPIE
- c) Nota focalizada
- d) Nota de recibo

20. La nota que utiliza palabras claves que describen lo que está sucediendo al paciente y no se limita a los problemas clínicos:

- a) Nota narrativa
- b) Formato SOIPIE
- c) Nota focalizada
- d) Nota de recibo

ANEXO 6



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



GUIA DE REVISION DOCUMENTAL PARA LA APLICACIÓN DE LOS REGISTROS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL EXPEDIENTE CLINICO REALIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA Y CIRUGIA OQUELÍDEL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL.

OBJETIVO: evaluar la aplicación en el registro de los cuidados de enfermería en cuadrícula de signos vitales, indicaciones médicas y notas de enfermería

APLICACIÓN EN EL MANEJO DE LA CUADRICULA DE SIGNOS VITALES

INDICADOR A OBSERVAR	SI	NO	NO APLICA
Registra correctamente datos de identificación:			
- Nombre completo.			
- Numero de Registro.			
- Edad			
- Servicio Hospitalario			
- Fecha de ingreso hospitalario			
- Días de estancia hospitalaria.			
Registra correctamente datos de constantes vitales:			
- Registro de pulso.(lápiz rojo)			
- Registro de la temperatura (lápiz azul).			

- Registro de la presión arterial según turno			
-Registro de respiraciones según turno			
Registra correctamente datos de ingesta y eliminación :			
- Registros de tipo de dieta			
-Registro de líquidos por vía oral			
- Registro de líquidos adquiridos por otras vías			
- Registro de orina total			
- Registro de evacuaciones			
-Registro de vómitos			

APLICACIÓN DEL REGISTRO DE LAS INDICACIONES MÉDICAS.

INDICADOR A OBSERVAR	SI	NO	OBSERVACIONES
Registra correctamente las intervenciones de enfermería:			
- Tipo de dieta			
- Toma de signos vitales			
- Administración de medicamentos con hora, firma y fecha de cumplimiento.			
- Toma de exámenes con hora y firma.			
Registra correctamente las intervenciones por			

otro profesional de salud:			
- Cumplimiento de interconsulta o procedimientos especiales con fecha y hora.			
Firma y hora de revisión de enfermera/o por turno			

APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS LEGALES DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA

NOTA DE CUIDADO DE ENFERMERIA

Características de las notas de enfermería según CSSP	SI	NO	OBSERVACIONES
- Identificación completa de la hoja			
-Exactitud (orden lógico y cefalocaudal)			
- Integridad(sin tachones, ni enmendaduras)			
- Uso de tinta según turno(Azul de día, rojo de noche)			
- Descripción general del paciente			
Componentes técnico legal de las notas de enfermería según CSSP			
- Hora y fecha			
- Firma según D.U.I.			
- Sello según J.V.P.E.			
-Reflejo orden cronológico, son sistemáticas, con lenguaje claro y técnico.			

-Es lógicas, claras, concretas, precisa, breve, y objetiva.			
- Evita abreviaturas			
Describe la utilidad de las notas de enfermería según CSSP			
-Intervenciones dependientes			
- Describe la condición de higiene			
- Observaciones objetivas de la enfermera			
- Observaciones subjetivas del paciente o cuidador			
- Aplicación de protocolos			
- Describe la efectividad de los cuidados, tratamiento y medicamentos.			
- Aplicación de protocolos			

Anexo N°. 8
CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA



Esta declaración de consentimiento informado le brinda la información sobre el estudio que se realizara y se le dará amplias oportunidades para realizar preguntas sobre el mismo antes de que lo firme.

Una vez haya quedado claro, si usted acepta ser parte del estudio firmara al final del documento.

Se le invita a participar en la investigación sobre “Conocimientos de los registros del cuidado de enfermería relacionado con la aplicación por el personal de enfermería que labora en el servicio de Pediatría y Cirugía Oquelí del Hospital Nacional Zacamil Dr. Juan José Fernández, en el periodo de Diciembre 2017 a Febrero 2018. Esta en carácter de prueba piloto en el servicio de medicina interna.

El grupo investigador se conforma por estudiantes egresados de la carrera de Licenciatura en Enfermería: Rivera Moreno, Katherine Abigail, Viscarra Armero, Nelly Janeth, Jaime Alberto Canjura y Oscar Xavier Sosa (colaborador de la investigación).

Los objetivos del estudio son:

1. Relacionar el conocimiento sobre los lineamientos legales y su aplicación en la elaboración de las notas de enfermería.
2. Constatar el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la importancia del registro de las indicaciones médicas relacionado con su aplicación en el expediente clínico.
3. Valorar el conocimiento que posee el personal de enfermería en el manejo de la cuadrícula de signos vitales y su aplicación en el expediente clínico.

Beneficios de participar en este estudio:

Usted no recibirá ningún beneficio económico o prestaciones especiales por su participación, si decide participar la información recolectada permitirá presentar una propuesta de intervención a la institución.

Riesgos que implica participar en el estudio:

Por ser una investigación observacional no se someterá a ningún riesgo, si decide participar el contestar la entrevista le tomara un promedio de 30 minutos.

Entiendo que los resultados finales de la investigación podrán ser de mi conocimiento si los solicito, acatando mis derechos como participante, y que los miembros del grupo investigador son las personas a las que me puedo acercar para aclarar cualquier duda sobre la investigación.

La información obtenida será de estricta confidencialidad. Al participar no se le identificara individualmente en ninguna publicación, ni a ninguna otra persona que no pertenezca al grupo investigador, para garantizar la confiabilidad la encuesta será de tipo anónima.

He leído o (alguien me lo ha leído) el contenido de este documento, se me ha motivado aclarando mis dudas, he recibido las respuestas; por lo tanto otorgo este consentimiento para ser parte de este estudio de investigación.

F _____
Firma del participante Fecha Hora

Declaración del investigador designado:

Se ha discutido el trabajo de investigación con el participante se ha explicado toda la información en el documento del Consentimiento Informado y además se motivó al participante sobre la investigación a aclarar sus dudas haciendo preguntas y que estas a las misma dando respuestas.

Nombre del investigador/Nombre designado Firma

Fecha Hora

Anexo N° 9.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

A

Acrónimo: m. Voz formada por las iniciales o siglas de varias palabras.

Atenuante: según el derecho penal en el art.23 es una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de carácter ambivalente o mixto.

Auditoria: Inspección o verificación de la contabilidad de una empresa o una entidad, realizada por un auditor con el fin de comprobar si sus cuentas reflejan el patrimonio, la situación financiera y los resultados obtenidos por dicha empresa o entidad en un determinado ejercicio.

C

Conciso: Que expresa las ideas con pocas y adecuadas palabras

Correlacional: estudio que tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables miden cada una de ellas y después cuantifican y analizan la vinculación.

D

Dictamen: m. Opinión y juicio que se forma o emite sobre una cosa.

E

Esclarecedor: aclaratoria, explicativo, claro evidente demostrativo, convincente.

Exclusión: La idea de exclusión se aplica al ámbito social cuando se hace referencia a la acción de marginar voluntaria o involuntariamente a una porción de la población la exclusión se refiere a la acción de dejar afuera a una persona o cosa, esta puede referirse a una situación en concreto como separar a una persona de un grupo de terminado, cuando esto pasa en el ámbito de las relaciones sociales personales, el impacto real que puede tener

es que la persona que quede fuera del grupo se sienta ofendida, pero no habrá una mayor repercusión a nivel global.

F

Fidedigno: Que es digno de ser creído o que merece crédito.

Focalizar: Hacer converger argumentos, ideas o conceptos diferentes hacia un punto o aspecto considerado central por ser el más importante o aquel en el que coinciden todos ellos.

I

Imagenológico: Se llama imagen médica al conjunto de técnicas y procesos usados para crear imágenes del cuerpo humano, o partes de él, con propósitos clínicos o para la ciencia médica

Inclusión: Es un enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad, a través de la activa participación en la vida familiar, en la educación, en el trabajo y en general en todos los procesos sociales, culturales y en las comunidades

Incapacidad: Hace referencia a la condición de inferioridad de capacidades o habilidades que una persona puede presentar en su vida (desde su nacimiento, a partir de un evento específico o en un momento particular que luego puede subsanarse). La incapacidad es, en otras palabras, no contar con aquellas capacidades o habilidades que se consideran dentro de los parámetros normales para un ser humano. Si bien hay miles de diferentes tipos de incapacidades, podemos señalar dos principales que son las más fáciles de observar o distinguir las mentales y las físicas.

La noción de incapacidad surge como oposición, obviamente, a la de capacidad. Cuando hablamos de una incapacidad estamos haciendo referencia a una condición en la cual una capacidad estimada como normal o regular en un individuo, no está presente por diferentes razones.

Indefensión: Situación o estado de la persona que está falta de la defensa, ayuda o protección que necesita.

Índole: Del latín índoles, índole es la condición o naturaleza de las cosas. El concepto también se utiliza para nombrar a la inclinación natural propia de cada ser humano

Innegable: Que no puede ser negado o puesto en duda.

J

JVPE: junta de vigilancia para la profesión de enfermería

K

Kárdex: El Kárdex es un documento, tarjeta o registro utilizado para mantener el control de la mercadería cuando se utiliza el método de permanencia en inventarios, con este registro podemos controlar las entradas y salidas de las mercaderías y conocer las existencias de todos los artículos que posee la empresa para la venta.

N

Notario: m. Funcionario público autorizado para dar fe de los contratos, testamentos y otros actos extraoficiales.

P

Praxis: La palabra praxis tiene como significado “práctica”, esta es una terminología griega la cual identifica a la praxis como el proceso en el que se es transformado la teoría a la práctica, es decir, la praxis es la aplicación de una metodología estudiada y la misma se hace parte de la vida cotidiana.

Prospectivo: Ben Martín (1995) describe como “el proceso de investigación que requiere mirar sistemáticamente el futuro a largo plazo en ciencia, tecnología, economía y sociedad; con el objetivo de identificar las áreas de investigación estratégicas y las tecnologías genéricas emergentes.

R

Responsabilidad ética: Significa cumplir obligaciones en todas las áreas éticas, o en tantas como sea posible. Cuando ocurre un dilema ético, los individuos involucrados deben elegir entre una amplia variedad de principios éticos y evaluar cuáles debe ser enfatizado.

T

Transversal: se recolectan datos en un solo momento en un tiempo único su propósito es describir la variables y analizar su coincidencia e interrelación en un momento dado.